

Jenter og ADHD

Uttrykk og forutsetninger for gode tiltak

Katrine Helgesen Sletten



Masteroppgave i pedagogisk-psykologisk rådgivning

Pedagogisk Forskningsinstitutt

Det Utdanningsvitenskapelige Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2014

”Vi er sannsynligvis ikke flinke nok til å ta jenters vansker på alvor. Vi må alle bli mer bevisste på og lydhøre for det vi selv observerer, det som jentene forteller og det vi hører om jenters situasjon i hverdagen” (Langlete, 2004, s. 128).

© Katrine Helgesen Sletten

2014

Jenter og ADHD: Uttrykk og forutsetninger for gode tiltak

Katrine Helgesen Sletten

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

TITTEL:

Jenter og ADHD: Utrykk og forutsetninger for gode tiltak

AV:

Katrine Helgesen Sletten

EKSAMEN:

Masteroppgave i pedagogikk

Studieretning pedagogisk-psykologisk rådgivning

SEMESTER:

Vår 2014

STIKKORD:

Jenter

ADHD

Utrykk/kjennetegn/symptomer

Tiltak

Problemområde

Temaer rundt ADHD har i alle år vært preget av et dominerende fokus på gutter, noe som viser seg tydelig innenfor forskningen. Her finner man et overtall av studier som ser på ulike utfordringer rundt ADHD hos gutter. Vanskene hos jenter har med andre ord ikke vært et like gjennomgående interesseområde for forskning. I denne oppgaven rettes fokuset mot jenter og ADHD, der formålet er å bidra til økt faglig kunnskap rundt denne målgruppen. Mer konkret innbefatter oppgaven en tydeliggjøring av vanskebildet til disse jentene, hvorav uttrykk og aktuelle tiltak er hovedfokuset. Å identifisere jenters uttrykksbilde kan medføre at flere blir fanget opp, og derav får den hjelpen som de trenger og har krav på. Oppgaven er spesielt rettet til lærere samt PP-rådgivere, dette fordi at disse profesjonene er de som kan fange opp jentene først. Deres kunnskapsnivå vurderes derfor som svært betydningsfullt. Det foreligger en faglig enighet om at gode løsninger må finnes innenfor det konkrete samarbeidet mellom den enkelte lærer og elev. Oppgaven har følgelig ikke til hensikt å finne fasitsvar vedrørende jenter med ADHD, da alle er ulike og må hjelpes deretter. Målet er heller å øke innsikt og forståelse vedrørende målgruppen, samt å kartlegge vanskeområdet. Videre er målet å undersøke hvordan man best kan fange opp jentene, slik at man derav kan hjelpe dem på de områdene som de måtte slite med.

Metode og kilder

Det anvendes en teoretisk gjennomgang av relevant litteratur. Denne metoden ble vurdert som mest aktuell for å belyse oppgavens problemstillinger, dette på grunn av tiden som ble stilt til rådighet. Det ble foretatt et systematisk litteratursøk ved innhenting av datamateriale, hvorav ulike utvalgsriterier ble satt. Målet var følgelig at forskningsartiklene skulle være av relevans for oppgavens problemstillinger. Videre er det anvendt mest mulig ny forskning, hovedsakelig fra de ti siste årene. Litteratursøket ble komplementert med artikler som ble identifisert i ulike referanselister. I tillegg er annet trykt materiale som bøker og rapporter blitt benyttet.

Hovedfunn og konklusjoner

Resultatene fra dette litteraturstudiet indikerer at det (fremdeles) synes å være et behov for økt kunnskap og forståelse vedrørende jenter med ADHD. Det er blitt fremhevet at tiltak må starte med kartlegging, videre at kartlegging forutsetter identifisering av et aktuelt problem. Å identifisere ADHD hos jenter krever at man vet hva man skal se etter samt reagere på. Man trenger å være opplyst, og ha den kunnskapen og bevisstheten som er nødvendig for å kunne

være i stand til å gjenkjenne vanskene. Det foreslås økt kunnskap og kompetanseheving blant lærere og PP-rådgivere, og det stilles spørsmål om hvem som står/bør stå ansvarlig for videreformidling av slik kunnskap. For å øke kunnskap/kompetanse rundt ADHD, foreslås lokale samarbeid på tvers av sektorer. Det eksisterer ulike regionale samarbeidsløsninger, og man bør komme frem til hva som er mest tjenlig i forhold til tjenesteflyt, ansvarsfordeling samt kvalitetssikring. Veiledningsprogram for lærere, der målet er kompetanseheving, er av nytte for skolen, og det foreslås at PPT gjennomfører slike program.

Videre er det blitt påpekt at ADHD er tre ganger vanligere hos gutter enn jenter, men at denne skjevheten reduseres hos voksne. Blant barn som blir henvist for utredning er det cirka 6 – 9 ganger flere gutter enn jenter. Årsaken til denne kjønnsmessige skjevheten er foreløpig uklar. Ved sammenligning av jenter og gutter med ADHD tenderer jenter å ha et mer internalisert uttrykk. Kjernesymptomene er likevel de samme, og kjønnene har en relativ lik tendens hva gjelder vansker. Komorbiditet er ofte ulikt blant kjønnene, der en høyere frekvens av angst, stemningslidelser og spiseforstyrrelser ofte preger vanskebildet til jenter. Videre er ADHD kombinert type like vanlig hos jenter og gutter, og det ble ikke funnet forskning som støtter antakelser om at jenter har tendenser til ADHD hovedsakelig uoppmerksom type (ADD). De kartlagte uttrykkene hos jenter innbefatter sosiale, kognitive, psykososiale og komorbide kjennetegn. Ifølge forskning øker atferdsvansker risikoen for vedvarende ADHD symptomer hos jenter.

Forslag til tiltak på ulike arenaer (hjem, skole, PPT og sekundære instanser) er blitt oppsummert, og de gode tiltakene anses for å være de som vektlegger behandling av tilleggsvansker og psykososiale vansker, i tillegg til å tilrettelegge for ulike faglige vansker i skolen. Multimodale tiltak er hensiktsmessig, og det foreslås at ulike instanser samarbeider om implementering av tiltak. Det er behov for mer forskning om ADHD hos jenter, både i forhold til symptomer og kjennetegn, så vel som tiltaksprogram og behandling. Nåværende diagnosekriterier for ADHD er basert på forskning vedrørende gutter, og det stilles spørsmål om dette påvirker kartleggingen av jenter. Dette bør undersøkes videre.

Forord

Denne oppgaven er skrevet som et avsluttende arbeid ved master i pedagogisk-psykologisk rådgivning, ved Pedagogisk Forskningsinstitutt i Oslo. Fem måneders skrivearbeid er ferdig, og det oppleves som veldig lettende, men mest av alt vemodig. Det har vært en utfordrende og tidskrevende prosess, men denne prosessen har også vært utrolig spennende og lærerik.

Flere personer har bidratt i tiden rundt masteroppgaven. Jeg vil først rette en stor takk til min veileder Anne-Lise Farstad, for konstruktive innspill som bidro til en god og faglig diskusjon samt videre refleksjon over eget arbeid. Videre vil jeg takke Jan Søberg for gjennomlesning og korrektur av oppgaven, i tillegg til gode og nyttige tilbakemeldinger.

Takk til alle jentene i klassen, dere har gjort masterperioden enda mer gøy og minnerik. I tillegg vil jeg takke venner og familie for varme ord, oppmuntring og støtte. Avslutningsvis retter jeg en spesiell takk til mor og far – tusen takk for at dere alltid stiller opp.

Oslo, 25. mai 2014

Katrine Helgesen Sletten

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Oppgavens formål.....	3
1.4	Oppbygning og avgrensning	3
2	Metodiske refleksjoner	5
2.1	Litteraturstudie.....	5
2.1.1	Refleksjon rundt kildebruk	6
2.2	Innsamlingsmetoder.....	6
2.2.1	Kildenes representativitet	7
2.3	Validitet	7
2.3.1	Indre validitet.....	8
2.3.2	Ytre validitet	8
2.3.3	Testevaliditet	9
2.4	Forskningsdesign i de refererte studiene	9
2.4.1	Design og måleinstrumenter	10
2.4.2	Utvalg og seleksjon	11
2.4.3	Statistiske metoder.....	12
3	ADHD.....	14
3.1	Attention Deficit/Hyperactivity Disorder	14
3.1.1	Forekomst	15
3.1.2	Kjønnforskjeller	16
3.1.3	Komorbiditet.....	18
3.2	Årsaksforhold og risikofaktorer.....	20
3.2.1	Genetiske aspekter	20
3.2.2	Eksekutive funksjoner	21
3.2.3	Risikofaktorer i miljøet.....	22
3.3	Diagnostisering	23
3.3.1	Diagnosekriterier	24
3.3.2	Vurdering av ADHD	25

3.3.3	Retningslinjer for utredning av ADHD	27
3.3.4	Kartleggingsverktøy	27
3.4	Jenter og ADHD	28
3.4.1	Kjennetegn i et utviklingsperspektiv	29
3.4.2	Symptombilde ved de ulike ADHD typene	29
3.4.3	Sluggish Cognitive Tempo	30
3.4.4	Har jenter tendenser til et internalisert vanskebilde?	32
3.4.5	Hvilken kunnskap har lærere om jenter med ADHD?	34
3.5	Oppsummerende refleksjoner	36
4	Presentasjon av studier	37
4.1	Hva sier empirien om jentenes uttrykksbilde?.....	37
4.1.1	Grskovic og Zentall (2010)	37
4.1.2	Kopp, Kelly og Gillberg (2010)	41
4.1.3	Gaub og Carlson (1997)	44
4.2	Hva sier empirien om aktuelle tiltak?	46
4.2.1	Johnels, Kopp og Gillberg (2012)	46
4.2.2	Skogli, Teicher, Andersen, Hovik og Øie (2013).....	48
4.2.3	Rucklidge og Tannock (2001)	50
5	Tolkninger og drøfting av funn.....	54
5.1	Hvordan kommer ADHD til uttrykk hos jenter?	54
5.1.1	Sosiale og emosjonelle karakteristika	54
5.1.2	Symptomer, karakteristika og komorbide vansker	56
5.1.3	Kjønnsbaserte ulikheter	57
5.1.4	Betydningen av holdning og forventning ved vurdering av ADHD	59
5.1.5	Utfordringer med identifisering av ADHD hos jenter.....	61
5.2	Hvilke tiltak kan være aktuelle for jenter med ADHD?	62
5.2.1	Tilrettelegging i skolen.....	63
5.2.2	Kartlegging som første ledd ved tiltak	64
5.2.3	Behandling av psykososiale vansker	65
5.2.4	Multimodale tiltak	68
5.3	Kunnskapens betydning og videre forskning	70
5.3.1	Hvilken betydning har økt kunnskap for jentene med ADHD?	70
5.3.2	Konsekvenser av manglende kunnskap	71

5.3.3 Videre forskning	72
6 Sammenfattende oppsummering og pedagogiske implikasjoner	74
6.1 Pedagogiske implikasjoner	74
6.2 Uttrykk og forutsetninger for gode tiltak	75
6.2.1 Uttrykk.....	75
6.2.2 Hva er de gode tiltak?	76
6.3 Oppgavens styrker og svakheter	78
6.4 Avsluttende refleksjoner	79
6.5 Konklusjon.....	79
Litteraturliste	81
Vedlegg 1	91
Vedlegg 2	93

1 Introduksjon

Jenter med ADHD har ikke alltid vært et omtalt tema. Det er først i de siste 20 årene at ADHD hos jenter og kvinner har blitt viet spesiell oppmerksomhet. Den første store konferansen om kjønnsforskjeller og ADHD ble holdt i USA i 1994. Først da slo fagmiljøet (i USA) fast at ADHD faktisk også forekommer hos den kvinnelige delen av befolkningen. Før denne tid var man i tvil om jenter og kvinner i det hele tatt kunne ha ADHD (Langlete, 2004). Kjønnsspesifikke profiler innen ADHD er følgelig blitt utviklet sent, og til tross for at man i dag har kommet mye lenger når det gjelder forståelsen av hvordan ADHD framtrer forskjellig hos jenter og gutter, er det fortsatt mye som gjenstår å lære (Quinn, 2011). Det understrekes et behov for økt kunnskap – spesielt vedrørende jenter.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven rettes fokuset mot jenter og ADHD problematikk, et område som trenger kartlegging av eksisterende kunnskap. Dette var for øvrig også selve utgangspunktet for valg av tema til oppgaven. Emner rundt ADHD har i alle år vært preget av et dominerende fokus på gutter, noe som viser seg tydelig innenfor forskningen. Her finner man et overfall av studier som ser på ulike utfordringer rundt ADHD hos gutter. Vanskene hos jenter har med andre ord ikke sett ut til å være et like gjennomgående interesseområde for forskning, og det kan være ulike årsaker til dette. Ifølge Skogli, Teicher, Andersen, Hovik og Øie (2013) antar tidligere forskning at jenter med ADHD blir underdiagnostisert og oversett, hovedsakelig på grunn av ulike uttrykksformer hos jenter og gutter. Jenter rapporteres å ha mindre tendenser til ADHD hovedsakelig hyperaktiv/impulsiv type og større tendenser til ADHD hovedsakelig uoppmerksom type, sammenlignet med gutter. Videre kan mindre utagerende atferd medføre større utfordringer med å identifisere jentenes vansker, og som følge av dette får de manglende hjelp (Skogli et al., 2013). Hvis det er slik at jentene ikke fanges opp, som følge av vansker med identifisering, kan dette bety at vi mangler kunnskap? Vet vi ikke hva vi skal se etter? Eller kan det være at vi ikke anvender den kunnskapen vi har? Hvilke konsekvenser får i så fall dette? Quinn (2005) har fastslått at ADHD diagnosen hos jenter og kvinner ofte er gjemt, oversett eller feildiagnostisert, noe som medfører at denne gruppen tenderer å lide i stillhet. Uten riktig og stilstrekkelig behandling vil mange jenter med ADHD kunne oppleve psykiske så vel som akademiske vansker (Quinn, 2005). Ved riktig diagnostisering er ADHD likevel en vanske som lar seg behandle. Utfallet kan la seg forbedre ved hjelp av blant annet

medikamentell behandling, omstillinger ved livsstil (livsstilsendringer) samt tilpasninger og tilrettelegging. Slike tiltak kan lede individer med ADHD til et produktivt liv med realistiske mål. Men før det kan foretas valg av aktuelle tiltak, må fagfolk (og klinikere) ha kunnskap om jentenes vanskebildene ved ADHD (Quinn, 2005). Bevisstgjøring som følge av økt kunnskap er derfor av særskilt betydning.

Oppgaven tar utgangspunkt i teoretiske fremstillinger som fremhever utfordringen med å fange opp jenter med ADHD, blant annet forklart med at jenter har et tilsynelatende differensielt vanskeuttrykk enn gutter når det gjelder ADHD. På bakgrunn av dette ønsker jeg å finne ut hvilke uttrykk som kjennetegner vanskebildet til jenter med ADHD, samt hva som kan gjøres for å bedre hverdagen og den generelle læringssituasjonen til disse jentene. Identifisering av uttrykk og symptomer samt aktuelle tiltaksbehov er følgelig sentralt i oppgaven. Jeg har videre valgt å fokusere på jenter mellom alderen 10 – 20 år. Årsaken til dette grunner i antakelser om at ADHD hos jenter er mer synlig i tenårene og når jentene blir eldre (Kopp, Kelly & Gillberg, 2010). På bakgrunn av dette forventer jeg derfor å finne forskning som dekker denne aldersgruppen.

1.2 Problemstilling

Det er blitt antydnet at det etterlyses mer kunnskap om ADHD hos jenter og kvinner, og at mye av den foreløpige forskningen baseres på undersøkelser av gutter og menn. Damm og Jensen (2007) har påpekt at jenter og gutter har forskjellige ADHD symptomer, og som følge av dette foreslås det at det også kan være vesentlige forskjeller i tiltaksbehov. På bakgrunn av det som har blitt fremstilt innledningsvis i oppgaven, vil følgende problemstillinger besvares:

- *Hvordan kommer ADHD til uttrykk hos jenter?*
- *Hvilke tiltak kan være aktuelle for jenter med ADHD?*

Problemstillingene vil bli forsøkt besvart ved hjelp av en teoretisk gjennomgang av aktuell og relevant litteratur, der det rettes et særskilt fokus på forskningsbasert litteratur. Ved å vektlegge forskningsbaserte kilder kan det i større grad foretas antakelser som er mer valide. En teoretisk gjennomgang kan dessuten være egnet da den gir en mulighet til å kunne dekke et bredest spekter av den aktuelle forskningen som foreligger. På denne måten vil man også kunne avdekke hvilke mangler som fremdeles eksisterer i henhold til jenter og ADHD. I

tillegg til de presenterte problemstillingene, vil også andre spørsmål bli belyst. Blant annet vil det bli sett på hva som skiller jenter fra gutter, og det vil bli forsøkt å tydeliggjøre hvilke vansker og symptomer som tenderer å forekomme jentene. Videre vil det bli vurdert om vi kan bruke samme tiltak på jenter og gutter, og undersøkelser av læreres kjennskap til ADHD er også av interesse. Et viktig aspekt ved oppgaven er betydningen av kunnskap. Det stilles spørsmål ved om det fremdeles er vanskelig å fange opp jenter med ADHD. Hvorfor er dette i så fall utfordrende? Har lærere og PP-rådgivere nok kunnskap? Vet man hva man skal se etter, eller eksisterer det fortsatt mangel på kunnskap? Slike spørsmål vil bli dekket løpende i oppgaven.

1.3 Oppgavens formål

Formålet med oppgaven er å bidra til økt faglig innsikt og kunnskap rundt jenter med ADHD. Mer konkret vil denne kunnskapen innbefatte en tydeliggjøring av vanskebildet til disse jentene. Å kartlegge jenters uttrykksbilde kan medføre at flere jenter blir fanget opp, og derav får den hjelpen som de trenger og har krav på. Oppgaven rettes spesielt til lærere, (spesialpedagoger) samt PP-rådgivere. Dette fordi at disse profesjonene er de som kan fange opp jentene først. Deres kunnskapsnivå vurderes derfor som svært betydningsfullt.

Det finnes ikke en entydig fasit for hvordan skoleverket bør arbeide med atferd knyttet til ADHD og tilsvarende vansker. Det foreligger likevel en faglig enighet om en del sentrale prinsipper, der aktørperspektivet og samhandling er av vesentlige betydning. Dette betyr at gode løsninger må finnes innenfor det konkrete samarbeidet mellom den enkelte lærer og elev (Utdanningsdirektoratet, 2006). Oppgaven har følgelig ikke til hensikt å finne fasitsvar vedrørende jenter med ADHD, da alle er forskjellige og må hjelpes deretter. Målet er heller å øke innsikt og forståelse vedrørende målgruppen, samt å kunne kartlegge et bilde av vanskeområdet. Videre er målet å undersøke hvordan man best kan fange opp jentene, slik at man derav kan hjelpe dem på de områdene som de måtte slite med.

1.4 Oppbygning og avgrensning

Oppgaven er inndelt i seks kapitler, hvorav det første er en introduksjon til selve oppgaven. Her presenteres oppgavens bakgrunn, formål, problemstilling, oppbygging og avgrensning. I kapittel to vil oppgavens forskningsmetode bli fremstilt, og refleksjon rundt egen oppgave samt forskningsdesign (ved den anvendte litteraturen), vil bli foretatt. I dette kapitlet

begrunnes også utvalget av litteratur. Det neste kapittelet gir en kort introduksjon til ADHD generelt. Her blir blant annet forekomst, komorbide vansker, kjønnsforskjeller samt klassifiseringssystemer og diagnosekriterier omtalt. Dette kapittelet avsluttes med et eget avsnitt vedrørende jenter og ADHD. Derneft, i kapittel fire, vil seks studier bli presentert. Disse har blitt valgt med den hensikt i å prøve å besvare oppgavens problemstillinger. (Andre studier presenteres også løpende i oppgaven, der dette vurderes som aktuelt for å belyse ulike temaer). I kapittel fem vil de fremlagte studiene fra kapittel fire bli tolket og drøftet. Her vil også teorier og studier fra kapittel tre implementeres. Betydningen av kunnskap vedrørende jenter og ADHD vil bli belyst, og avslutningsvis vil aktuelle problemstillinger til videre forskning bli foreslått. Det siste kapittelet i oppgaven innbefatter en sammenfatning av presentasjon og drøfting, og på bakgrunn av dette blir det reist ulike konklusjoner.

Hva gjelder avgrensninger ved oppgaven vil disse bli presentert fortløpende i oppgaven. Det kan likevel nevnes at konkrete spesialpedagogiske tiltak ikke vil bli redegjort for i dybden. Jeg ønsker følgelig å kartlegge hvilke vansker og behov som kan være aktuelle samt lønnsomme å vektlegge, uten å utdype disse videre. Dette på grunn av begrensninger i henhold til tid og plass. Jeg vil heller ikke gå i dybden på selve kartleggingen samt utredningsprosessen av ADHD, dette vil likevel bli omtalt i sin enkelhet. Tids- og ressursmessige årsaker er også grunnen til at litteraturstudie ble valgt som metode for å svare på oppgavens problemstillinger.

Begrepene *symptomer*, *kjennetegn* og *uttrykk* kan forstås som nokså like og sammenvevede. Barkley (2013) har uttalt at symptomer kan anses for å være de måtene psykiske tilstander uttrykker seg i tanker og handlinger. Her kan det tolkes som at symptomer og uttrykk går hånd i hånd. Ifølge Haugland og Tangen (2012) viser kjernesymptomer seg ved ulike typer atferd hos jenter og gutter, (noe som for øvrig har vært medvirkende til at fagfolk derfor har prøvd å finne typiske ”jentekjennetegn”). Ved denne oppgaven anses symptomer/kjernesymptomer for å være de fundamentale vanskene som ADHD medbringer, og (konkrete) uttrykk forstås som hvordan disse kjernesymptomene kommer til syne. Kjennetegn på sin side oppfattes som mer generelt, eksempelvis hvilke uttrykk som generelt kan betraktes for å kjennetegne jenter med ADHD.

2 Metodiske refleksjoner

I dette kapittelet vil ulike metodiske valg bli redegjort for, hva gjelder kildesøk, kildekriterier, bruk av litteratur, samt tolkning av kilder. Videre vil validitet belyses, og forskningsdesign i de refererte studiene vil bli omtalt, da dette anses som hensiktsmessig for å kunne bearbeide kildematerialet på en mest mulig faglig måte. Kunnskap og refleksjon rundt anvendelse av metode er en viktig referanseramme for gjennomgangen av de presenterte studiene i denne oppgaven.

2.1 Litteraturstudie

Flere metoder var aktuelle ved innsamling og analyse av kildemateriale. En empirisk undersøkelse hvor man eksempelvis foretar dybdeintervju, historiefortelling, intervju i fokusgrupper, innholdsanalyse eller casestudie, var av mulighet (Hesse-Biber & Leavy, 2011). En metaanalyse der man sammenfatter og utfører en statistisk analyse av tidligere forskning innenfor et spesifikt område, var også aktuelt (Gravetter & Forzano, 2012). Videre var en teoretisk gjennomgang av relevant litteratur et alternativ. Sistnevnte metode ble vurdert som den mest aktuelle for å belyse oppgavens problemstillinger, dette på grunn av den begrensede tiden som ble stilt til rådighet.

Litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteratur, både teori og empiri, rundt en valgt problemstilling. Videre er det en kritisk gjennomgang av relevant kunnskap fra skriftlige kilder samt en sammenfatning av disse med tilføyende diskusjon. Samlet sett gir denne metoden en mulighet til å trenge dypere ned i det aktuelle materialet (Hesse-Biber & Leavy, 2011). Målet med et litteraturstudie er å finne en rekke publiserte forskningsrapporter som definerer den aktuelle kunnskapen på et bestemt område i tillegg til å identifisere ubesvarte spørsmål. Disse ubesvarte spørsmålene utgjør et gap innenfor det foreliggende området, et gap som studiet har til hensikt å besvare (Gravetter & Forzano, 2012). Ved sammendrag av vitenskapelig litteratur arbeider man seg systematisk gjennom aktuelle artikler samt andre teoretiske kilder, for deretter å danne seg et bilde av hvor forskning står innenfor området. En svakhet med denne metoden er at den tenderer å være mer eller mindre subjektiv. Konklusjoner kan være skjeve på grunn av utvalg av artikler, hva forfatteren legger vekt på samt forfatterens forståelse av litteraturen (Fostervold, 2010). Bevissthet rundt ulike innfallsvinkler er derfor en forutsetning når en skal foreta tolkninger av anvendte kilder.

Hvordan bør man forholde seg til diverse studier og litteratur? Skal kilder og data være til nytte for den som studerer dem, må de følgelig tolkes. Selv om behovet for å tolke kilder er allment anerkjent, er det uenighet om muligheten for å kunne gjøre dette, i alle fall hvis målet er å gi en tilnærmet objektiv tolkning (objektivitet). Selv om subjektive innslag alltid vil gjøre seg gjeldende i tolkningsprosesser, eksisterer det argumentasjon som hevder at en betydelig grad av objektiv tolkning likevel er mulig (Tveit, 2002). En vekslende innfallsvinkel (mellom disse) vil prege denne oppgaven, hvorav målet er å opprettholde en størst mulig grad av objektivitet.

2.1.1 Refleksjon rundt kildebruk

Både primærkilder og sekundærkilder utgjør en nytteverdi ved et litteraturstudie. Det er hensiktsmessig å tenke på ulike ting når en benytter seg av sekundære kilder. Her baserer man seg på andres fortolkninger. Har de misforstått noe, vil en selv også misforstå de samme momentene (Fostervold, 2010). Anvendelse av sekundære kilder må derfor gjøres med aktsomhet. Det vil i all hovedsak bli fokusert på primærlitteratur i denne oppgaven. Likevel skal nevnes at det ved de presenterte studiene refereres til ulike kartleggingsverktøy/måleinstrumenter. Benevnelsen av disse vil baseres på sekundære kilder. Dette ble ikke vurdert for å være en utslagsgivende faktor, og anses følgelig ikke som avgjørende for det endelige resultatet i oppgaven. Begrepsforklaring av kartleggingsverktøy/måleinstrumenter og metodiske tegn finnes for øvrig i *vedlegg 2*, og det henvises hit ved spørsmål om ulike begrepers betydning.

2.2 Innsamlingsmetoder

Vitenskapelig journaler fremkommer som den viktigste kilden til vitenskapelig informasjon. Her finner man den nyeste forskningen, og det er også her man finner den viktigste primærkilden til vitenskapelige undersøkelser (Fostervold, 2010). I denne oppgaven ble det foretatt et systematisk litteratursøk ved innhenting av datamateriale, hvorav ulike utvalgsriterier ble satt. Målet var følgelig at forskningsartiklene skulle være av relevans for oppgavens problemstillinger. Det var ønskelig å anvende mest mulig ny forskning, hovedsakelig fra de ti siste årene. Litteratursøket ble derfor begrenset fra perioden 2004 – 2014. Det må likevel påpekes at det her ble foretatt visse unntak, da et fåtall av eldre artikler ble inkludert i oppgaven. Dette ble vurdert som hensiktsmessig for å kunne dekke flere av oppgavens temaer. Videre ble artiklene funnet i databasene *PsycINFO* (inkluderte *ERIC*),

Web of Science samt *PubMed*. Litteratursøkingen ble foretatt med søkeordene; jenter, girls, ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, expression, characteristic, interventions, symptoms, gender, comorbidity. Andre utvalgsriterier var at artiklene skulle være på engelsk eller norsk. Diagnosen ADHD, uavhengig av ADHD type, skulle være basert på kriteriene fra DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-V eller ICD-10. Minst 15 jenter skulle inngå i studiet. Det var ønskelig å anvende forskningsmateriale som hovedsakelig benyttet kvinnelig utvalg. Undertegnede lyktes for øvrig ikke med dette, og det reduserte forskningsmaterialet gjorde det nødvendig å implementere studier med begge kjønn. Litteratursøket ble videre komplementert med artikler som ble identifisert i ulike referanselister. I tillegg har annet trykt materiale som bøker og rapporter blitt anvendt.

2.2.1 Kildenes representativitet

Å vurdere kilders gyldighet og representativitet er avgjørende i forskning (Tveit, 2002), følgelig også i dette litteraturstudiet. Utvalget av kilder ble vurdert som representative for å kunne belyse oppgavens problemstillinger. Alle tilgjengelige kilder av relevans for problemstillingene ble trukket inn, og litteratursøket ble avsluttet når det ble fastslått at det ikke framkom ytterlige opplysninger vedrørende oppgavens tema. Relevant informasjon ble ikke utelatt, men det ble foretatt noen begrensninger der dette ble anslått som forsvarlig. Det understrekes at forskning generelt må ses som foreløpig, dette er også gjeldende for den anvendte forskningslitteraturen i denne oppgaven. Kildene anses likevel for å være representative.

2.3 Validitet

Det vurderes som hensiktsmessig å redegjøre for ulike former av validitet, da disse utgjør en viktig ramme ved vurderingen av de presenterte studiene. Forståelse og kritisk holdning til forskningsresultater dreier seg om indre og ytre kildekritikk (også omtalt som indre og ytre validitet). Det handler om kildenes troverdighet, der målet er at informasjonen skal være pålitelig (Tveit, 2002). I denne oppgaven dreier det seg om forskningsfunnene ved de anvendte studiene, videre om disse er til å stole på. Selv om både indre og ytre validitet ideelt sett burde være høy, er det ofte slik at den ene validitetsformen går på bekostning av den andre (Fostervold, 2010). Både indre og ytre validitet vil bli vurdert ved de enkelte studiene, men med et noe større fokus på ytre validitet for øvrig.

2.3.1 Indre validitet

I henhold til indre validitet, er det i et eksperiment snakk om hvor sikker man er på at man har testet hypotesen man var ment for å utprøve. I korrelasjonsdesign er det snakk om hvorvidt det virkelig er en korrelasjon mellom to ulike variabler. Et viktig krav som stilles for å opprettholde mest mulig indre validitet, er at forskningsdesignet utelukker alle andre plausible forklaringer på de funnene man har fått. Trusler mot indre validitet vil ofte være mer kritisk i korrelasjonsstudier, da disse mangler den graden av kontroll som ofte finnes i eksperimenter (Fostervold, 2010). Ulike trusler som er gjeldende ved de anvendte studiene i denne oppgaven kan nevnes. Disse truslene kan være modning (personer i utvalget endrer seg over tid, eksempelvis ved longitudinelle studier), endring i karakteristika ved måleinstrumentet (ferdighetsnivået hos den som tester kan forbedres), og seleksjon bias (systematiske forskjeller mellom grupper), (Fostervold, 2010). Slike trusler kan ha påvirket resultatene ved ulike studier i oppgaven.

2.3.2 Ytre validitet

Ytre validitet tar opp spørsmålet vedrørende generalisering av resultater. Er forskningsresultatene av en slik art at de kan generaliseres til hele den populasjonen man ønsker å snakke om, og som utvalget er trukket fra? Videre kan ytre validitet deles opp i de to underformene populasjonsvaliditet og økologisk validitet, hvorav den førstnevnte dreier seg om hvorvidt man kan generalisere fra utvalg til populasjon (Fostervold, 2010). Mer spesifikt handler denne vurderingen om hvilke personer resultatet er gyldig for (Kleven, 2002a). Den økologiske validiteten omhandler muligheten til å kunne generalisere til andre økologiske settinger (Fostervold, 2010). Formulert på en noe enklere måte dreier det seg om hvilke situasjoner resultatet er gyldig i (Kleven, 2002a). Det påpekes at mange eksperimenter ikke har som formål å være generaliserbare, da målet heller er å etterprøve teorier. Hvis forskningsresultatene likevel skal benyttes til anvendte formål, er ytre validitet et viktig spørsmål (Fostervold, 2010). Med tanke på generaliserbarheten til de anvendte studiene i oppgaven, bør det påpekes at de fleste er utenlandske, noe som medfører at de ikke er sikret å kunne overføre til norske forhold (økologisk validitet). Videre har flere av studiene et klinisk utvalg, samt inkludering av begge kjønn. Dette har følgelig betydning for populasjonsvaliditeten. Det er med andre ord flere faktorer som medfører at man bør være forsiktig med generalisering av de presenterte forskningsfunnene. Bevisstgjøring rundt dette er av særskilt betydning ved avlesning.

2.3.3 Testvaliditet

Mange fenomener har egenskaper som gjør det vanskelig å observere dem direkte (eksempelvis følelser). En rekke måleinstrumenter er derfor blitt utviklet for å kunne hjelpe oss med å utføre målingene på en sikker og repeterbar måte (Fostervold, 2010). Slike måleinstrumenter og tester er nevnt i avsnitt 3.3.4, samt anvendt ved de fleste studiene i denne oppgaven. Med testvaliditet menes i hvilken grad målingsprosessen måler den eller de variablene som den i utgangspunktet er ment for å måle (Gravetter & Forzano, 2012). Altså er det snakk om måleinstrumentets validitet (gyldighet). Ved denne validitetsformen eksisterer ulike varianter, blant annet innholdsvaliditet, kriterievaliditet og begrepsvaliditet. Disse er alle nevneverdige i henhold til vurdering av studiene i oppgaven.

Ved innholdsvaliditet foretas en vurdering om innholdet i en test står i forhold til det fenomenet eller den variabelen som testen skal måle. En test kan sies å ha god innholdsvaliditet hvis testleddene som benyttes i testen er hentet fra den teoretiske populasjonen av passende testledd (Fostervold, 2010). Hva gjelder kriterievaliditet kan nevnes at en test (måleinstrument) er kriterievalid hvis testens resultat predikerer atferd på andre målinger av det samme fenomenet (Fostervold, 2010). En slik form for validitet vurderes gjennom å korrelere resultatene fra et måleinstrument, eksempelvis spørreskjemaer, med resultatene fra et annet etablert måleinstrument (Fostervold, 2010). Grskovic og Zentall (2010) foretok en slik korrelasjonstest da de anvendte et nytt supplerende skåringskjema i deres studie (se avsnitt 4.1.1). I henhold til begrepsvaliditet dreier det seg om å vurdere om testen måler det teoretiske begrepet eller det underliggende trekket som man ønsker å måle. Hvis denne validiteten er lav, har måleinstrumentet liten nytteverdi (Fostervold, 2010). Undersøkelsen av Groenewald, Emond og Sayal (2009) kan trekkes frem her, da de utførte en spørreundersøkelse basert på et illustrerende case. Hvorvidt denne undersøkelsen målte det den var ment for å måle er noe usikkert (se avsnitt 3.4.5).

2.4 Forskningsdesign i de refererte studiene

Refleksjon rundt forskningsdesign, utvalg samt statistiske analysemetoder vil nevnes kortfattet i det følgende. Dette anses som rimelig da det danner et forståelsesgrunnlag og et utgangspunkt for avlesning av de presenterte forskningsfunnene i oppgaven.

Begrepsavklaring av metodebruk og sådan, i oppgavens refererte studier, vil derfor bli belyst.

2.4.1 Design og måleinstrumenter

Det er flere forskningsdesign som kan anvendes når en skal innhente data omhandlende psykologiske problemstillinger. I all hovedsak dreier det seg ofte om fem overordnede design, hvorav disse studerer variabler og relasjonen mellom disse variablene (Gravetter & Forzano, 2012). De fem forskningsdesignene deles i tre kategorier: Design som undersøker individuelle variabler istedenfor relasjonen mellom variablene (deskriptive design). Design som undersøker relasjonen mellom variabler, ved å måle to (eller flere) variabler for hver deltaker (korrelasjonelle design). Og design som undersøker relasjonen mellom variabler, ved å sammenligne to (eller flere) grupper med skårer (eksperimentelle, kvasieksperimentelle og ikke-eksperimentelle design), (Gravetter & Forzano, 2012).

Korrelasjonelle design måler to ulike variabler (skårer) for hvert enkeltindivid i en gruppe, og ser etter mønstre i de ulike settene med skårer. Målet med korrelasjonsforskning er å beskrive (ikke forklare) relasjonen mellom variabler samt å måle styrken på relasjonen (Gravetter & Forzano, 2012). Hvis korrelasjonsstudiet produserer nummererte skårer, blir dataen ofte evaluert ved hjelp av Pearsons korrelasjon. Hvis dataen inneholder unummererte klassifikasjoner, anvendes som regel testen Chi-kvadrat (χ^2). Noen svakheter med korrelasjonelle design er blant annet at de ikke kartlegger kausalitet (årsak-effekt), videre har de ofte et såkalt "tredje-variabel problem" som betyr at andre uidentifiserte variabler kan være påvirkende på de korrelasjonelle variablene. I tillegg kan neves at denne type design har høy ytre validitet, men lav indre validitet (Gravetter & Forzano, 2012). Flere av studiene i oppgaven ser på korrelasjonelle variabler, eksempelvis studien til Johnels, Kopp og Gillberg (2012) i avsnitt 4.2.1.

Longitudinelle design er metoder der man følger en eller flere grupper personer over lengre tid. På denne måten kan man studere endringer som skjer hos deltakere, etter hvert som de blir eldre. Dette gjør designet attraktivt i en rekke sammenhenger. Longitudinelle design har likevel flere begrensninger, blant annet et generaliseringsproblem på tvers av generasjoner. Med dette menes at man ikke kan sammenligne ulike årskull (Fostervold, 2010). Videre kan designet ofte rammes av frafall, da studien går over lang tid. Dette kan føre til at man sitter igjen med et skjevt utvalg. Et annet problem er at deltagerne blir testet flere ganger, og forbedrede resultater kan derfor skyldes læring og erfaring fra tidligere opptak (Fostervold,

2010). Eksempler på studier som bruker denne type design er blant annet det anerkjente MTA-studiet samt studiene som omtales i avsnitt 3.1.3 (utført av Biederman et al., 2008).

Ved deskriptive design summeres single variabler for en spesifikk gruppe individer, der målet er å beskrive (ikke forklare) individuelle variabler slik som de forekommer. Eksempler på deskriptive forskningsdesign er systematisk observasjon, intervju, spørreundersøkelse (vurderingsskjema) og casestudie (Gravetter & Forzano, 2012). Ved nummerert data består den statistiske summeringen av gjennomsnittsskårer. Hvis dataen består av unummererte klassifikasjoner, blir summeringen ofte rapport med proporsjoner (eller prosent), assosiert med hver enkelt kategori. Slike design og proporsjoner (prosenttall) er å finne ved flere av studiene i oppgaven, eksempelvis ved avsnitt 3.4.5.

Psykologiske tester og holdningsskalaer er nyttige undersøkelsesmetoder ved måling av variabler som trivsel, angst og motivasjon (Kleven, 2002b). Disse kan brukes som måleinstrument ved ulike forskningsdesign, men også som egne metoder (som vist ved deskriptive design). Flertallet av de refererte studiene i oppgaven bruker skåringskjemaer (selvvurdering) og spørreundersøkelser som måleinstrument. En svakhet med dette er at informasjonen (dataen) som studiene innhenter, belager seg på selvrapporteringer. Kvaliteten på studienes undersøkelser og informasjon avhenger altså av deltakernes nøyaktighet og at de snakker/svarer sant (Kleven, 2002b; Gravetter & Forzano, 2012). En annen svakhet ved skåringskjemaer er at deltakerne kan skåre det samme hele tiden, eller de kan svare nøytralt på alt (Gravetter & Forzano, 2012). Ved vurdering av spørreskjemaers validitet er det viktig å overveie innholdsvaliditet, begrepsvaliditet samt kriterievaliditet (Fostervold, 2010). Dette blir spesielt fremhevet ved enkelte studier i kapittel 4.

2.4.2 Utvalg og seleksjon

Et skjevt utvalg (biased sample) er et utvalg med ulike karakteristika enn populasjonen, altså er ikke utvalget representativt for populasjonen (Gravetter & Forzano, 2012). Dette er tilfellet ved mange av studiene i oppgaven, da flertallet anvender kliniske utvalg. Hvis generaliserbarhet er et vesentlig mål med et studie, er det svært viktig at utvalget i studien er representativt. Den beste måten å gjøre dette på, er først å definere og avgrense populasjonen, for deretter å trekke utvalget tilfeldig. Dette kalles for randomisert (tilfeldig) seleksjon. Forutsetningen for at man kan snakke om randomisert seleksjon, er at alle individer fra

populasjonen har samme sannsynlighet for å bli trukket ut til utvalget (Fostervold, 2010). Seleksjon bias (ikke-randomisert seleksjon) oppstår når deltakere blir utvalgt på en slik måte som øker sannsynligheten for et skjevt utvalg (Gravetter & Forzano, 2012). Til tross for at randomisert seleksjon blir sett på som et ideal, er det svært vanlig at man benytter ikke-randomiserte utvalg innen psykologisk forskning (grunnet praktiske fordeler). Ikke-randomisert seleksjon kan likevel være en feilkilde i forskningen og utgjøre en trussel mot ytre validitet (Fostervold, 2010). Bevissthet rundt dette er fordelaktig ved avlesning av presenterte forskningsfunn, og denne form for begrensning påpekes ved flere av studiene i kapittel 4.

2.4.3 Statistiske metoder

Statistiske analysemetoder som er gjennomgående ved studiene i oppgaven belyses kortfattet i det følgende. Slike metoder har to hensikter ved evaluering og analyse av data – å beskrive data samt trekke slutninger. Deskriptiv statistikk (beskrivelse av data) er metoder som organiserer, summerer og forenkler resultater som man har innhentet via forskning (Gravetter & Forzano, 2012). Eksempler på deskriptiv statistikk er utregning av gjennomsnitt og spredning, grafer, korrelasjon (Pearson eller Spearman), regresjon og multiple regresjon. Slutningsstatistikk er metoder som bruker innhentede resultater/data til å kunne trekke slutninger samt gjøre generaliseringer om populasjonen (Gravetter & Forzano, 2012). Eksempler på slutningsstatistikk er hypotesetesting/signifikanstesting (å vurdere om noe er signifikant), ANOVA, t-test, Post-Hoc, signifikanstesting av korrelasjon og regresjon samt Chi-kvadrat test. Signifikanttesting gir for øvrig et mål på hvor stor sannsynlighet det er for at et gitt resultat har oppstått ved tilfeldighet. Det nivået en forsker bruker for å avvise en såkalt nullhypotese kalles for alfa-nivå eller sannsynlighetsnivå. Et alfa-nivå ved 0.05 vil si at det er 5 % sannsynlighet for at resultatene er oppnådd ved ren tilfeldighet (Fostervold, 2010). De omtalte studiene har brukt varierte alfa-nivåer. Dette blir fremhevet løpende i oppgaven.

Enkelte studier har brukt ANOVA (analyse av varians). Variansanalyse av skårer fra ulike grupper (undersøker gruppeforskjeller), er robust mot ujevne utvalgsstørrelser (Fostervold, 2010). Dette gjør denne analysemetoden fordelaktig, spesielt da enkelte av studiene har skjeve utvalg. Videre har et flertall av studiene brukt Chi-kvadrat test (symbolisert ved χ^2). Her undersøker man om det er signifikante forskjeller mellom to grupper, og denne statistiske analysemetoden benyttes som nevnt når data ikke består av nummererte skårer, men heller

frekvenser og størrelser/proporsjoner (Gravetter & Forzano, 2012). Korrelasjonsmåling nevnes ved enkelte studier i oppgaven. Graden av korrelasjon uttrykkes ved hjelp av en korrelasjonskoeffisient, der den mest kjente er Pearson korrelasjon (symbolisert ved r). Ved utregning av Pearson r for samvariasjon (korrelasjon) mellom to variabler får man et tall som varierer mellom -1 og $+1$. Jo nærmere man kommer disse yttergrensene, jo sterkere er forholdet mellom variablene (Fostervold, 2010). En positiv korrelasjon indikerer at to variabler endrer seg i samme retning, mens en negativ korrelasjon indikerer at de to variablene endrer seg i ulik retning. Regresjon er også en metode som blir benyttet, og denne sier noe om forholdet mellom variabler. Her søker man å predikere verdien på en variabel ved hjelp av en annen variabel, hvorav målet er å kunne si noe om hvordan skårene på en variabel er med på å bestemme skårene på en annen variabel. Multiple regresjon involverer mer enn en prediktorvariabel (Fostervold, 2010). Videre vil regresjonsanalyse si at man tester signifikansen av en regresjonsformel (Gravetter & Wallnau, 2013). Effektstørrelse (ES) er relevant for slutningsstatistikk generelt og anvendes ved flere av studiene (eksempelvis ved avsnitt 3.1.2). Denne metoden måler hvor ulik to skårer er fra hverandre (Salkind, 2011). En av de enkleste metodene for å måle effektstørrelse er Cohens d , der denne måler avstanden mellom to gjennomsnittsskårer (Gravetter & Wallnau, 2013). Liten effektstørrelse vil si at det er stor likhet/overlapping mellom to skårer, og stor effektstørrelse betyr at det er liten overlapping mellom skårene (Salkind, 2011). Det påpekes (igjen) at begrepsforklaringer av ulike metodiske tegn finnes i *vedlegg 2*, og det henvises hit ved spørsmål vedrørende begrepers betydning.

3 ADHD

I dette kapittelet vil ADHD bli redegjort for innledningsvis, før jeg går videre inn på årsaksforhold og risikofaktorer, samt diagnostisering og utredning av ADHD. Symptombildet til jenter med ADHD vil bli tydeliggjort, og omtalte kjennetegn vil her bli gjengitt. Relevante studier som belyser de aktuelle temaene trekkes frem underveis i de ulike avsnittene, dette for å underbygge tematikkens aktualitet.

Det er i hovedsak to ulike klassifiseringssystemer som praktiseres i dag. Disse ligger til grunn ved diagnostisering av vansker som omhandler oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet *ICD* (International Classification of Diseases), mens Amerikansk Psykiatrisk Forening har utarbeidet *DSM* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), (Haugen, 2008a). Helseinstitusjoner og fagfolk i Norge er pålagt av Statens helsetilsyn å forvalte ICD-10 ved fastsettelse av diagnoser. Det skal likevel påpekes at det er foretatt mer omfattende forskning på bakgrunn av DSM, og det foreligger også mer faglitteratur som er forankret i dette systemet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Haugen, 2008a). I henhold til litteraturen som blir anvendt og studert i denne oppgaven, kan det fastslås at et flertall av forskningsartiklene viser til DSM-manualen. Disse faktorene er medvirkende til at nettopp denne manualen vektlegges i det følgende. Videre påpekes det at betegnelsen ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) brukes i klassifiseringssystemet DSM, mens HD (Hyperkinetic Disorder) er gjeldende når en benytter ICD-10 manualen. Betegnelsen ADHD er derfor gjennomgående i denne oppgaven.

3.1 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

ADHD har vært en omstridt diagnose helt siden den første gang ble beskrevet tidlig på 1900-tallet. På denne tiden brukte man betegnelsen *MBD*, først ved betydningen ”Minimal Brain Damage”, og deretter ”Minimal Brain Dysfunction”. ADHD kom senere i 1980-årene til å erstatte dette MBD-begrepet (Befring, 2008). I Norden anvendte man et noe annet uttrykk, nemlig uttrykket *DAMP*, som for øvrig innbefatter ”Deficits in Attention, Motor control and Perception” (Thomsen, 2007). Denne betegnelsen fikk imidlertid begrenset internasjonal anerkjennelse (Zeiner, 2004). Videre står ADHD som nevnt for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, og det dreier seg følgelig om oppmerksomhetssvikt,

hyperaktivitet og impulsivitet. Diagnosen påvirker individets evne til å kontrollere oppmerksomhet og atferd på en optimal og adaptiv måte. Den opptrer gjerne sammen med en tendens til overaktivitet og impulsivitet, og blir ofte assosiert med underprising på skole og jobb, antisosial atferd samt svak psykososial regulering (Hulme & Snowling, 2009). Symptomene gir seg som regel til kjenne tidlig i barneårene, og vedvarer ofte inn i ungdomsalderen og voksenlivet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dette er en av de vanligste barnepsykiatriske forstyrrelsene i førskolealder (Haugland & Tangen, 2012). En konsensus, dannet av de fremste forskerne innenfor fagfeltet ADHD, ble utarbeidet i 2002 (Barkley et al., 2002). Denne ble skrevet som følge av mye usikkerhet og kritikk rundt selve diagnosens eksistens. I konsensusen fremgår det at de ledende forskerne innen ADHD anerkjenner diagnosen som eksisterende og reell, hvorav et flertall av forskningsbevis indikerer dens tilstedeværelse. Videre fremgår det at forskningsfunn indikerer at vansker med atferd og konsentrasjon er sentral ved denne type vanske, samt at ADHD kan lede til vansker på flere områder i livet, inkludert sosial fungering. Tilføyende påpekes det av Barkley et al. (2002) at ADHD er en av de diagnosene med størst genetisk arvelighetsfaktor

3.1.1 Forekomst

Forekomsten av ADHD varierer i ulike land, og man har ikke sikre tall på hvor mange som har denne diagnosen, ei heller i Norge. Det er hevdet at ADHD ikke kan defineres presist, og at forekomsten derfor ikke kan måles nøyaktig. Dette medfører at man må tolke prevalenstall med en viss forsiktighet (Bryhn, 2004). Videre får langt flere gutter enn jenter diagnosen ADHD. I barndommen er ADHD tre ganger så vanlig blant gutter som hos jenter, men hos voksne er fordelingen mellom mann og kvinne i underkant av to til en, om ikke mindre (Barkley, 2013). Blant barn som blir henvist for utredning er det cirka 6 – 9 ganger flere gutter enn jenter (Langlete, 2004). Ulike forekomststudier har blitt foretatt de siste årene. Av disse kan blant annet to nevnes.

Utvalgte studier om forekomst

Polanczyk, Lima, Horta, Biederman og Rohde (2007) utførte en systematisk gjennomgang av foreliggende kildemateriale, der hensikten var å kartlegge forekomsten av ADHD på verdensbasis. Artikler fra hele verden, hvorav disse inkluderte undersøkelser av deltagere under 18 år, ble inkludert i studien. Gjennomgangen av kildematerialet viste at forekomsten av ADHD på verdensbasis var rundt 5.29 %. Denne estimeringen var assosiert med

signifikant variabilitet ved de differensielle undersøkelsene. Diagnosekriterier, informasjonskilder, vanskekrav for diagnosesetting samt geografi var signifikant assosiert med forekomst av ADHD. Videre ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom Europa og Nord-Amerika (Polanczyk et al., 2007). Det ble konkludert med at variabilitet kan forklares med ulike metodologiske karakteristika, heller enn geografisk lokalisering.

Lillemoen, Kjosavik, Hunskaar og Ruths (2012) gjennomførte et studie hvor de så på bruken av legemidler mot ADHD. Her kartla de innløsning av resepter på slike legemidler i Norge samt hvem som hadde foreskrevet de ulike reseptene. Data om alle ekspederte legemidler mot ADHD i perioden 2004 – 2008 ble hentet fra Reseptregisteret og satt sammen med opplysninger fra Fastlegedatabasen. Til tross for at studien ble basert på data fra et kvalitetssikret register, ble det likevel bekreftet mangler på ulike opplysninger, og studien må følgelig ses i lys av dette. Funnene viste at 3.6 % gutter og 1.2 % jenter i aldersgruppen 11 til 15 år, løste inn sine resepter i 2008. Antall personer som løste inn resepter økte med alderen frem til 13 år hos gutter (38 per 1000) og 17 år hos jenter (16 per 1000), og avtok deretter. Forekomsten var høyest hos barn, hvorav den minsket i tenårene for så å øke igjen hos voksne. Flere kvinnelige enn mannlige tenåringer og voksne løste inn resepter på legemiddel mot ADHD over lengre tid, og kjønnsraten minsket fra 3.4 til 2.0 i perioden 2004 – 2008 (Lillemoen et al., 2012). Det stilles spørsmål ved om den store differansen mellom kjønnene kan tyde på at jenter får ADHD-diagnosen altfor sent, og om dette medfører at de må fullføre mye av den obligatoriske skolegangen før de i det hele tatt får behandling.

3.1.2 Kjønnsforskjeller

Selv om jenter og gutter har de samme kjernesymptomene og tilfredsstillende kriteriene for ADHD-diagnosen, kan symptomene komme til uttrykk ved ulik type atferd (Haugland & Tangen, 2012). Jenter er sjeldnere hyperaktive på samme måte som gutter, men mer preget av humørsvingninger, overfølsomhet, passivitet og lavt engasjement (Hoem, 2013). Det er foreløpig knyttet usikkerhet til hvorfor ADHD arter seg ulikt hos jenter og gutter, og forskningen har så langt ikke kommet frem til noen entydige svar (Langlete, 2004). Det spekuleres i om de ulike symptombildene kan skyldes østrogen (som virker dempende på de hyperaktive og aggressive symptomene), men også at kjønnene generelt sett er forskjellig i atferd og opplevelse (Damm & Jensen, 2007). Hormonell påvirkning foreslås som en av årsakene til at jentenes ADHD symptomer ofte forverres i puberteten og at man derfor ser et

differensielt aldersmessig utviklingsløp hos jenter og gutter (Langlete, 2004). Ulike kilder mener likevel at hormoner ikke er en gyldig forklaringsvariabel (Rucklidge & Tannock, 2001; Nussbaum, 2012). Det påpekes at teoriene i dette avsnittet kun bør ses som antagelser, da de ikke viser til forskningsbasert dokumentasjon.

Utvalgte studier om kjønnsforskjeller

Bauermeister et al. (2007) studerte kjønnsforskjeller ved ADHD og dens ulike undergrupper. Barn fra Puerto Rico ($N = 1886$) i alderen 4 til 17 år deltok i studien, og både gutter ($n = 978$) og jenter ($n = 912$) med og uten ADHD ble inkludert. Informasjon ble hentet fra ulike skåringskjemaer. Rapporteringer fra lærerne var ikke tilgjengelig, og funnene begrenser seg derfor kun til foreldrenes rapporteringer, noe som medfører ufullstendig informasjon vedrørende barnas atferd på skolen. Dette minimaliserer funnenes evne, hva gjelder overføring til skolebaserte settinger. De signifikante funnene viste at guttene hadde dobbelt så stor sannsynlighet som jentene, for å få ADHD diagnosen. Guttene hadde også en større tendens til gjensitting på skolen. Av de som hadde ADHD kombinert type ($n = 50$), var guttene mer utsatt enn jentene for stemningslidelser, spesielt depresjon. Av de som hadde ADHD hovedsakelig uoppmerksom type ($n = 47$), var jentene mer utsatt enn guttene for angst som tilleggsvanske. Jentene hadde her spesielt høyere sannsynlighet for separasjonsangst enn guttene (50.0% versus 6.7%). Videre mottok jentene mindre medisinsk behandling (1.8%) enn guttene, noe som kan ses i liket med Lillemoen et al. (2012). Funnene i studien til Bauermeister et al. (2007) kunne ikke støtte tidligere antagelser om at jenter med ADHD har større tendenser til uoppmerksom type.

DuPaul, Jitendra, Tresco, Junod, Volpe og Lutz (2006) studerte kjønnsforskjeller i klasserommet (ved akademiske, sosiale, emosjonelle og atferdsmessige funksjoner), hos barn med ADHD. Utvalget bestod av 133 gutter og 42 jenter, alle bosatt i Pennsylvania, men med ulik nasjonalitet. Barna gikk i 4. trinn (M alder = 8.5 år; $SD = 1.2$), og utvalget var skolebasert. For å samle inn data ble det anvendt direkte observasjon og diverse skåringskjema for lærere, blant annet Conners Teacher Rating Scale (CTRS; Conners, 1997, ref. i DuPaul et al., 2006) og Behavior Assessment System for Children (BASC; Reynolds & Kamphaus, 1992, ref. i DuPaul et al., 2006). Studien bestod som nevnt kun av elever på 4. trinn, noe som medfører at funnene hovedsakelig er gyldige for denne aldersgruppen. Videre er det usikkert om funnene er gjeldende for norske forhold. Studien vurderes likevel som aktuell for å kunne kaste lys over ulike kjønnsforskjeller.

Med et alfa-nivå på 0.05, viste studien at guttene hadde en signifikant større tendens enn jentene for å bli diagnostisert med ADHD hovedsakelig hyperaktiv/impulsiv type (12.0% versus 2.4%). Jentene hadde større tendens enn guttene til å tilfredsstille kriteriene for ADHD hovedsakelig uoppmerksom type (33.3% versus 22.6%), disse funnene var for øvrig ikke signifikante. Videre viste jentene signifikant høyere akademisk motivasjon ($t(120) = 2.45, p < .05; ES = 0.51$) samt større grad av studieferdigheter ($t(120) = 2.87, p < .01; ES = 0.60$). I tillegg hadde de signifikant høyere skårer på eksterne vansker ($t(159) = 2.51, p < .05; ES = 0.47$), internaliserte vansker ($t(159) = 3.52, p < .001; ES = 0.65$) samt skolevansker ($t(159) = 2.46, p < .05; ES = 0.46$). Guttene på sin side, hadde høyere adaptive ferdigheter enn jentene ($t(159) = 4.28, p < .001; ES = 0.79$), (DuPaul et al., 2006). Samlet sett ble det funnet at både jentene og guttene hadde en signifikant forekomst av akademiske, atferdsmessige og sosiale vansker på skolen. Videre at de hadde en relativt lik tendens til både akademiske, emosjonelle, atferdsmessige og sosiale vansker (DuPaul et al., 2006). Dette er av interesse med tanke på foreliggende antagelser om at jenter med ADHD har begrensede vansker enn gutter (se kapittel 1). Studien til DuPaul et al. (2006) støtter påstanden til Haugland og Tangen (2012), som påpeker at jenter og gutter tenderer å ha like store vansker knyttet til kjernesymptomene. Ifølge Haugland og Tangen (2012) har jentene likevel ofte mindre synlig uro enn guttene, da de kan virke mer fjerne og innadvendte. Jentene fikler og plukker mer, mens guttene har en mer åpenlys uro hvor de beveger seg over et større areal. Guttene tendere dessuten å vise mer hyperaktivitet og aggressivitet. Noen kjennetegn på diagnosen påpekes å være mer typisk hos jenter, eksempelvis høy grad av hyperverbalitet (Haugland & Tangen, 2012). Selv om det er påvist visse forskjeller mellom uttrykkene til jenter og gutter med ADHD, er vanskene mer like når det gjelder kjernesymptomene.

3.1.3 Komorbiditet

Så mange som rundt 70 % av barn og unge med ADHD har minst én tilleggsvanske (Hawi & Lowe, 2007; Hoem, 2013). De mest gjennomgående tilleggsvanskene i barne- og ungdomsårene er atferdsvansker, motoriske vansker, spesifikke lærevansker, autistiske symptomer, depresjon, tics og angstlidelser (Hoem, 2013). Komorbide vansker tenderer ofte å være noe ulikt hos jenter og gutter med ADHD, der en høyere frekvens av angst, stemningslidelser, spiseforstyrrelser og hormoner ofte preger vanskebildet hos jentene

(Quinn, 2011). Kelley, English, Schwallie-Giddis og Jones (2007) påpeker at jenter med ADHD er spesielt sårbare for angst, depresjon og dårlig selvbilde.

Utvalgte studier om komorbide vansker

I en studie utført av Biederman, Ball, Monuteaux, Surman, Johnson og Zeitlin (2007) så man på sammenhengen mellom ADHD og spiseforstyrrelser hos jenter. Et kontrollert femårig studie ble foretatt, hvorav man sammenlignet jenter med ADHD ($n = 140$) opp mot en kontrollgruppe med jenter uten ADHD ($n = 122$). Alle jentene var mellom 6 – 18 år ved studiets start. Grunnet mangel på data ved oppfølging, ble utvalgsstørrelsene redusert ved analyse av data. Videre var utvalget i studien klinisk referert, noe som medfører at funnene er begrenset, hva gjelder generalisering til ikke-kliniske populasjoner. Dette må tas i betraktning ved avlesning. Studien viste at jentene med ADHD hadde 3.6 ganger så stor sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser ($p < .01$), enten anoreksi eller bulimi. I løpet av studiens 5 år, utviklet 16% av jentene med ADHD ($n = 20$) og 5% av kontrollgruppen ($n = 5$) en spiseforstyrrelse. Sammenlignet med kontrollgruppen, hadde jentene med ADHD 5.6 ganger så stor sannsynlighet for å utvikle bulimi ($p < .01$), og 2.7 ganger så stor sannsynlighet for å utvikle anoreksi ($p = .09$). Jentene med både ADHD og spiseforstyrrelse (20/123) hadde en signifikant høyere tilstedeværelse av depresjon, angst og forstyrrende atferd, sammenlignet med jentene som kun hadde ADHD (103/123), (Biederman et al., 2007). Dette studiet avdekker at ADHD er en signifikant risikofaktor for å utvikle spiseforstyrrelse, og at ADHD og spiseforstyrrelse til sammen gir en signifikant risiko for andre økte tilleggsvansker.

Biederman et al. (2008) brukte også det samme utvalget fra det femårige longitudinelle studiet, for å se på sammenhengen mellom ADHD og depresjon hos jenter. 140 jenter med ADHD og 122 jenter uten ADHD, i alderen 6 til 18 år, ble kontrollert ved oppfølging etter fem år. Ulike diagnosemanualer ble anvendt ved oppstart og oppfølging, noe som kan ha påvirket dataene i studien. (I tillegg er de samme begrensningene ved foregående avsnitt gjeldene). Funnene viste en signifikant tendens til depresjon hos jentene med ADHD. Jentene med ADHD hadde mer enn 5 ganger så stor risiko for å utvikle depresjon, sammenlignet med jentene uten ADHD. Når det ble justert for andre komorbide tilstander, ble risikoen for øvrig halvert, og viste seg dermed å være kun 2.5 ganger høyere. Dette var likevel statistisk signifikant. Videre hadde jentene med ADHD en tidligere fremvekst av depresjon samt en større alvorlighetsgrad av depresjonen. Foreldre med depresjon var en signifikant utløper for depresjon hos jentene med ADHD (Biederman et al., 2008).

3.2 Årsaksforhold og risikofaktorer

ADHD kan forstås som en variert og atferdsmessig forstyrrelse, med en flerfoldig bakgrunn (Thomsen, 2007). “Multiple early genetic and environmental influences of small effect act together to create a spectrum of neurobiological risk by altering brain structure and function and associated cognitive processes that mediate the emergence of ADHD” (Taylor & Sonuga-Barke, 2007, s. 530). Tidligere antok man at ADHD symptomer skyldtes psykososiale faktorer knyttet til samspillet i hjemmet (Ervik & Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi, 2004). Det er i dag dokumentasjon for at genetiske så vel som nevrobiologiske og miljømessige faktorer spiller inn på utviklingen av ADHD (Thomsen, 2007). Flere aspekter må derfor tas i betraktning når en ser på årsaksforholdene ved ADHD.

3.2.1 Genetiske aspekter

Det i dag bred enighet om at ADHD skyldes en nevrobiologisk forstyrrelse, videre at denne forstyrrelsen har en genetisk basis (Haugen, 2008b). Forskere har likevel ikke klart å knytte arvemekanismen til et enkelt gen, og det antas derfor at flere forskjellige gener er involvert (Thomsen, 2007). Det er generelt akseptert at DRD4 (dopaminreseptor D4-gen), DRD5 (dopaminreseptor D5-gen) og DAT1 (dopamintransportergen) er mulige årsakforklarende risikogener for ADHD. Det foreligger fremdeles noe usikkerhet om hvor (overførings)mekanismen for risikogenet intervenserer (Hawi & Lowe, 2007). Man har funnet minst 20 – 25 lokaliseringer på kromosomer som kan kobles til ADHD. Det antas derfor at ADHD trolig oppstår gjennom en kombinasjon av flere risikogener, og at antallet risikogener man arver øker alvorlighetsgraden på ADHD symptomene (Barkley, 2013). Man vet gjennom genetikkstudier, eksempelvis studier med biologiske familiemedlemmer og tvillingstudier, at ADHD har høy arvelighet (Barkley, 2013). Ved å sammenligne resultatene fra nyere tvillingstudier har man kommet frem til at genetikk forklarer cirka 70 – 80 % av variansen som underligger disposisjonen for ADHD (Thomsen, 2007; Haugen, 2008b). I en studie ved UCLA (Universitetet i California, Los Angeles) undersøkte man 256 foreldre til barn med ADHD. Her fant man at 55 % av familiene hadde minst en forelder med samme diagnose (Barkley, 2013). Trekkene viser seg å være familiære i omtrent halvparten av tilfellene (Ervik & Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi, 2004). Dette gjør ADHD til en av de mest genetisk bestemte lidelsene (Thomsen, 2007). Videre har det

blitt undersøkt om kjønnsforskjeller har en betydning for årsaksforklaringer ved ADHD. Ved en studie av Faraone et al. (2000) så man på årsaksforklaringer hos jenter med ADHD. Strukturerte intervjuer ble foretatt på jenter med ADHD ($n = 140$) samt deres nærmeste slektninger ($n = 417$). Disse ble deretter sammenlignet med en kontrollgruppe bestående av jenter uten ADHD ($n = 122$) samt deres nærmeste slektninger ($n = 369$). Studien viste at slektningene til jentene med ADHD hadde en signifikant høyere forekomst av ADHD, sammenlignet med slektningene til kontrollgruppen. Denne forekomsten var fem ganger høyere. Videre hadde slektningene til jentene med ADHD en signifikant høyere forekomst av antisosiale lidelser, stemningslidelser, angst og stoffmisbruk (Faraone et al., 2000). Dette var for øvrig likt ved sammenligning med gutter, noe som tyder på kjønnsmessige likheter, hva gjelder arvelighetsfaktorer.

3.2.2 Eksekutive funksjoner

Ifølge Barkley (2013) er ADHD en kombinasjon av vansker med impulsstyring, svekket selvkontroll samt vansker med eksekutive funksjoner. Eksekutive funksjoner (omtalt som EF) er et paraplybegrep for en rekke relaterte funksjoner som er avgjørende for ulike evner, blant annet styring og planlegging av handlinger, problemløsning, impulsstyring samt regulerende kontroll av emosjonelle reaksjoner. Det er snakk om funksjoner som er nødvendige for å kunne fungere hensiktsmessig i hverdagen, men som er uavhengig av intellektuelt nivå (Damm, 2007). Barkley (2013) har påpekt at forskere deler opp de eksekutive funksjonene på ulike måter samt gir dem differensielle navn. Uavhengig av dette bruker eksekutive funksjoner likevel å innbefatte vansker med impulsstyring, arbeidsminne, følelsesregulering, planlegging og oppmerksomhet.

Mye tyder på at ADHD skyldes en biologisk forstyrrelse i avgrensede deler av hjernen (Thomsen, 2007). Til tross for dette fastslår enkelte at det meste av hjernen likevel fungerer helt normalt (Hoem, 2013). Påstander som peker på endring i hjernestruktur og funksjon er gjennomgripende, og det eksisterer en vedvarende diskusjon om hvilke spesifikke deler og områder i hjernen som er av størst betydning når det gjelder ADHD (Taylor & Sonuga-Barke, 2007). Moderne kartleggingsmetoder av hjernen og sentralnervesystemet viser at det tilsynelatende er tre hovedområder i hjernen som er affisert ved ADHD. Disse områdene er basalgangliene, det prefrontale området samt deler av lillehjernen (Haugen, 2008b). Hyppigst omtalt er likevel den fremre pannelapp (prefrontal cortex). Denne delen av hjernen er blant

annet tungt involvert i planlegging, iverksetting og evaluering av handlinger (Hoem, 2013). Denne delen tenderer å jobbe litt dårligere hos de med ADHD, noe som kan skyldes lave nivåer av to kjemiske stoffer (dopamin og noradrenalin) som hjernen bruker for å sende signaler mellom nervecellene (Hoem, 2013). Andre mener at årsaken kan skyldes mindre blodgjennomstrømning til den fremre høyre delen av hjernen (Barkley, 2013). Her er det foreløpig ingen entydig fasit.

Mahone og Wodka (2008) understreker at hjernen utvikler seg differensielt hos jenter og gutter, noe som medfører at disse bør studeres separat når en ser på nevrobiologiske årsaksforklaringer ved ADHD. Miller, Ho og Hinshaw (2012) gjorde dette, da de undersøkte eksekutive funksjoner hos jenter med ADHD ($n = 140$). Disse ble sammenlignet med en kontrollgruppe (jenter uten ADHD; $n = 88$) og fulgt i 10 år. Nevrologiske og psykologiske måleinstrumenter ble anvendt for å vurdere eksekutive funksjoner, blant annet WAIS-III (Wechsler, 1997, ref. i Miller et al., 2012). Ved de eksekutive funksjonene så man på planlegging, organisering, kontrollstyring, oppmerksomhet, arbeidsminne samt kognitiv fleksibilitet. Funnene viste at jentene med ADHD hadde middels til store vansker ved eksekutive funksjoner, sammenlignet med kontrollgruppen. Disse vanskene så ut til å vedvare fra tidlig alder (6-12) til voksen alder (17-25). Videre hadde ADHD en signifikant påvirkning på eksekutive funksjoner ($F(16,284) = 4.13, p < .001$). Sammenligning av undergruppene ADHD uoppmerksom type og ADHD kombinert type, viste ingen signifikante forskjeller. De eksekutive vanskene var like fremtredende i alle aldersgrupper, både hos de som hadde vedvarende ADHD symptomer og de som hadde reduserte symptomer (Miller et al., 2012). Disse funnene tyder på at jenter med ADHD har eksekutive vansker, og at disse vedvarer i voksen alder. Det påpekes at utvalget ved studien var klinisk og ikke tilfeldig, i tillegg var gruppene heterogene. Dette kan ha påvirket studiens generaliseringsevne (se avsnitt 2.4.2).

3.2.3 Risikofaktorer i miljøet

”Selv om ADHD har en arvelig komponent, er spørsmålet om utvikling av alvorlige atferdsproblemer i stor grad knyttet til hvilke miljøpåvirkninger de får” (Ogden, 2009, s. 23). Psykososiale risikofaktorer som sykdom hos foreldre, uro og uenighet i hjemmet samt vanskelige økonomiske vilkår, kan gi en økt risiko for å utvikle psykiske problemer hos barn og ungdom. Slike ytre faktorer vil kunne bidra til å forverre tilstanden hos et barn med ADHD (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Videre kan skader under graviditet, fødsel

og/eller de aller første leveårene ses som mulige risikofaktorer (Ervik & Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi, 2004), og påvirkninger på hjernen før og etter fødselen kan være medvirkende til utvikling av symptomer (Thomsen, 2007). Generelt sett vil ulike skader som fosteret utsettes for i svangerskapet kunne gi forstyrrelser i hjernens utvikling og derav ADHD eller ADHD symptomer (Zeiner, 2004). Påviste risikofaktorer under svangerskapet er blant annet bruk av alkohol og tobakk. Man vet at disse faktorene har innflytelse på graviditetens forløp samt på fødselsvekt og barnets tilstand ved fødselen (Thomsen, 2007). Andre faktorer som kan påvirke barnet i uheldig retning er eksponering for høye blodverdier, enkelte rus- og miljøgifter samt visse tilsetningsstoffer i maten. Forskning på disse områdene har foreløpig ikke gitt noen entydige resultater (Bryhn, 2004). En nylig utført studie av Silva, Colvin, Hagemann og Bower (2014) så på risikofaktorer i miljøet. Mer spesifikt ble det undersøkt om mødre, graviditet, fødsel og tilstanden hos de nyfødte, hadde en påvirkning på ADHD. Det ble også undersøkt om risikofaktorene var annerledes hos gutter og jenter. Barn og voksne ($n = 12\,991$) i Vest-Australia som hadde fått diagnosen ADHD og gikk på medisiner, alle under 25 år, ble inkludert i studien. Disse ble sammenlignet med en kontrollgruppe ($n = 30\,071$). Funnene her kunne blant annet fortelle at mødrene til barn med ADHD viste signifikante forskjeller sammenlignet med kontrollgruppen. Blant annet hadde de høyere sannsynlighet for å være yngre og single, og de røykte oftere under graviditeten. I tillegg hadde de også hatt problemer under graviditeten, blant annet urinveisinfeksjon, høyt blodtrykk, høyt innhold av protein i urinen (Preeclampsia) samt framskyndet eller problematisk fødsel (eks. keisersnitt). Lav fødselsvekt, forsinket fødsel, lav graviditetsvekt og lave Apgar-skårer (måler nyfødtes tilstand) ble ikke identifisert som risikofaktorer. Samlet viste funnene små kjønnsforskjeller, men hormonet Oksytocin ble avdekket som en mulig beskyttelsesfaktor for jenter (Silva et al., 2014). Det bør trekkes frem at kontrollgruppen kan ha inneholdt barn med ADHD, i tillegg manglet noe av dataen fra kontrollgruppen. Videre er det følgelig usikkert om datafunnene er aktuelle for norske forhold, og funnene må ses i lys av dette.

3.3 Diagnostisering

Ved klassifiseringssystemet DSM-IV deles ADHD inn i tre undergrupper, hvorav den ene inkluderer uoppmerksomhet, den andre inkluderer hyperaktivitet og impulsivitet, og den siste undergruppen er en kombinert type (Taylor & Keltner, 2002). Det tillegges at man i 2013 fikk en fornyet utgave av DSM-manualen (DSM-V). Her er det blitt gjort små endringer, og

de tre undergruppene vedvarer fortsatt. I DSM-IV finner man 18 kriterier som inngår i diagnosen, der disse fordeler seg slik; uoppmerksomhet (9 kriterier), hyperaktivitet (6 kriterier) og impulsivitet (3 kriterier), (Haugen, 2008b). Tilstedeværelse av 6 eller flere symptomer ved enten uoppmerksomhet og/eller 6 eller flere symptomer ved hyperaktivitet/impulsivitet, er påkrevd for at en ADHD diagnose skal kunne stilles. Disse symptomene må ha vært tilstede i minst 6 måneder, og funksjonsnedsettelse som følge av symptomene må ha forekommet i minst to situasjoner (Sosial-og helsedirektoratet, 2007). Alle de 18 symptomkriteriene for ADHD er stort sett uendret i den nye DSM-V.

Nevneverdige endringer som er blitt foretatt i den nye manualen er alvorlighetsgrad, som nå må spesifiseres som mild, moderat eller alvorlig. Andre endringer er alder for debut, som er hevet fra 7 til 12 år. I tillegg er antall kriterier som må være oppfylt for å få diagnosen etter 17 år, senket fra 6 til 5. Tilføyende påpekes det at gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (ASD – autisme spektrum forstyrrelse) ikke lenger er et eksklusjonskriterium, slik det var i DSM-IV. Dette medfører at ASD nå kan settes som komorbid diagnose (Midtlyng, 2013).

Ved det andre klassifiseringssystemet, ICD-10, har man 18 kriterier som grunnlag for diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser (HD). Disse kriteriene er omtrent identiske med kriteriene i DSM-manualen (Haugen, 2008b). For å få en HD diagnose forventes både hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhetssvikt, noe som tilsvarer den kombinerte typen av ADHD. Videre må symptomene ha vist seg i mer enn én setting, eksempelvis hjem og skole. Dette gjør diagnosekriteriene for HD strengere enn den kombinerte ADHD typen i DSM-manualen (Hulme & Snowling, 2009). I likhet med DSM, skal symptomene ha vedvart i minst 6 måneder samt ha fremtrådt før syvårsalder (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Hva gjelder sistnevnte krav vedrørende alder, var dette kun en tidligere fellesnevner for klassifiseringssystemene, da denne har opphevet ettersom DSM-V har forskjøvet debutalder fra 7 år til 12 år.

3.3.1 Diagnosekriterier

DSM-manualen opererer som nevnt med tre undergrupper av ADHD. Klassifiseringen deles inn i disse undergruppene ut ifra hvordan symptomene kommer til uttrykk. Ved undergruppen *ADHD kombinert type* er alle de typiske symptomene tilstede, både oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet samt impulsivitet. Ved den andre undergruppen, *ADHD hovedsakelig uoppmerksom type*, opptrer som oftest konsentrasjonsvansker uten

utslagsgivende hyperaktivitet eller impulsivitet. Denne undergruppen tenderer for øvrig å bli omtalt som ADD (se avsnitt 3.4.3). Den siste undergruppen, *ADHD hovedsakelig hyperaktiv/impulsivitet type*, er mindre preget av oppmerksomhetssvikt (Hoem, 2013). I følge DSM-manualen, må et barn vise seks eller flere symptomer innenfor enten oppmerksomhetssvikt eller/og hyperaktivitet/impulsivitet. Disse må som nevnt ha vist seg i seks måneder, i to eller flere settinger, og på en slik måte at de fremkommer hemmende for barnets forventede utvikling. Vanskene må være av en slik art at de svekker sosiale, akademiske eller yrkesmessige fungeringer (Carr & O'Reilly, 2010). Da ingen av studiene i oppgaven anvender DSM-V, er diagnosekriteriene til DSM-IV blitt benyttet. Slik det fremgår i denne, skal ADHD symptomene ved de ulike undergruppene vise seg i henhold til følgende kriterier (se vedlegg 1).

En utfordring med symptomkriteriene er i hvilken grad de samme symptomene kan fungere som valide markører for ulike aldre samt kjønn. Kriteriene er ikke aldersjustert og brukes derfor ved diagnostisering av både barn og voksne (Haugland & Tangen, 2012). Videre er kriteriene utarbeidet for symptomer i barnealder. Dette kan være problematisk fordi at symptomer også vil kunne være tilstede i voksen alder, men da ikke på en måte som medfører at alle kriteriene for diagnosen er oppfylt. Det diagnostiseres derfor en såkalt resttilstand, og symptomkriteriene må justeres etter det som er naturlig for alderen (Helsedirektoratet, 2013). Videre påpekes det at de diagnostiske kriteriene for ADHD er basert på forskning som er sentrert rundt gutter i skolealderen. De er ikke tilpasset alder eller kjønn, og tar derfor ikke høyde for at jentenes symptombylde er annerledes, eller at gutter så vel som jenter blir mindre hyperaktive og mindre tydelig impulsive ettersom alderen øker (Damm & Jensen, 2007). Det stilles spørsmål ved om dette er uheldig, spesielt hva gjelder kartlegging av jenter med ADHD.

3.3.2 Vurdering av ADHD

Klinikere trenger klassifiseringssystemer for å klarere feilaktige antagelser rundt ADHD. Et slikt rammeverk viser at fagfolk (eks. psykiatere) har regler og retningslinjer som bidrar til å begrunne validiteten ved diagnosesetting (Sharkey & Fitzgerald, 2007). Videre er klassifiseringssystemer ment å skulle gi et felles språk for fagfolk som arbeider med dette i klinisk virksomhet, forskning så vel som undervisning. Ved klare definisjoner og faste kriterier for ulike diagnoser kan man sikre en bedre kommunikasjon mellom fagfolk, i tillegg

til at også pasienter og pårørende kan bli møtt med en mer enhetlig forståelse av problemene (Bryhn, 2004). Bruken av diagnoser er likevel omstridt, og den har styrker så vel som svakheter. Diagnoser brukes for å definere hvilke kjennetegn eller kriterier som skal innfris for at barn skal kunne sies å ha behov for behandling. Videre formidler de informasjon om prognose og egnede behandlingsalternativ. Det kan også synes å være lettere for barn som har en klart definert diagnose å få behandling og spesialpedagogiske tiltak (Ogden, 2009). Kritikere argumenterer derimot for at bruken av diagnostiske kategorier fremmer stigmatisering av enkeltindivider, i tillegg til å øke en forståelse for at alle personer med samme diagnose er like. Dette kan igjen hemme forståelsen for at mennesker er ulike, og at vansker kan fremtre ulikt hos ulike mennesker. Igjen kan dette få påvirkninger på prognose og behandling (Sharkey & Fitzgerald, 2007). Videre kan diagnoser virke selvforsterkende, selvpoppfyllende og identitetsskapende, noe som medfører at barnet opplever vansker med å komme seg ut av rollen som avvikende eller syk. Oppmerksomheten rettes med andre ord mot problemer og avvik, istedenfor ressurser og kompetanse (Ogden, 2009). Refleksjon og bevissthet rundt dette anses som hensiktsmessig ved kartlegging og utredning av barns vansker med ADHD.

Å vurdere om et barn har ADHD kan forstås som utfordrende. Hvor går egentlig grensen mellom diagnose og ikke-diagnose? Barkley (2013) påpeker at personer innenfor normgruppen kan vise tegn til symptomer som kan minne om de man ser ved ADHD. Alle har dager der de lettere blir distraheret eller har vansker med konsentrasjonen. Han påpeker at det som skiller de med ADHD fra andre uten denne diagnosen, er at symptomene fremtrer i et større omfang (Barkley, 2013). 'Felles for alle som har problemer med oppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet er at når de når et nivå som gjør det svært vanskelig eller umulig å utvikle seg faglig og sosialt i forhold til det som er rimelig å forvente, bør de utredes, behandles og følges opp' (Bryhn, 2004, s. 21). Å sette en ADHD-diagnose kan forstås som kulturelt avhengig. Det som anses som normavvikende i en kultur, kan være mer akseptabelt i en annen. En bestemt kultur påvirker derfor hvordan foreldre og pedagogisk personale vil rapportere og vurdere ADHD-symptomer (Haugland & Tangen, 2012). Suren et al. (2013) utførte nylig en studie der de sammenlignet forekomsten av diagnostikk og behandling på tvers av fylker og institusjoner i Norge. Her fant de en fylkesvis variasjon av forekomst, og en mulig forklaring til dette kan være at de diagnostiske prosedyrene varierer i de differensielle fylkene, noe som gir utslag i ulike forekomsttall. Dette kan eksemplifisere den sosiale betydningen ved henholdsvis diagnosesetting.

3.3.3 Retningslinjer for utredning av ADHD

Diagnostisering dreier seg om å sette de riktige diagnosene, mens utredning handler om å beskrive sterke og svake funksjoner samt andre faktorer som er av betydning, eksempelvis familie, skole og arbeid. Når det settes en diagnose, kan det riktignok i dette ligge informasjon om hva personen sliter med, og hvilken type hjelp han eller hun trenger. Men to personer med samme diagnose er ikke like, og har ikke like behov. Individuell utredning er derfor nødvendig som grunnlag for videre tiltak (Øgrim, 2004). Helsedirektoratet (2013) har utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Her blir seks spesifikke anbefalinger presentert i forhold til utredning av ADHD hos barn og unge. I disse fremgår det at barn og unge med ADHD symptomer og funksjonsvansker bør få vurdert behovet for hjelpetiltak, og primærhelsetjenesten bør henvise til spesialisthelsetjenesten for videre diagnostisk vurdering. Det skal også foreligge en differensialdiagnostisk vurdering samt en vurdering av tilleggsvansker og funksjonsvansker (Helsedirektoratet, 2013). De første symptomene på ADHD hos barn og unge oppdages gjerne i hjemmet, i barnehagen eller på skolen. Når barn viser symptomer på ADHD, er det viktig at disse kan tas opp i møte mellom pårørende og den aktuelle instansen, eventuelt også med helsesøster eller andre fagpersoner, slik at behovet for hjelpetiltak og videre utredning blir diskutert. En sammenstilling av opplysninger fra disse informantene vil kunne være tilstrekkelig for å koble inn pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller annen spesialpedagogisk kompetanse, for en nærmere kartlegging av tiltaksbehov og tilrettelegging (Helsedirektoratet, 2013). Når PPT mottar et henvisningsskjema fra barnehage eller skole, tar de kontakt med den henvisende instansen for nærmere utredning av barnets vansker. Denne utredningen innebærer ofte samtaler med de foresatte, barnet, personalet i barnehage eller skole, samt andre instanser som barnet eller eleven er knyttet opp mot. I tillegg kan PPT foreta observasjoner og tester av barnet (Nilsen, 2008). En utredning skal si noe om barnets læringsforutsetninger, utviklingsmuligheter og resurser (i miljøet), slik at relevante tiltak kan settes i verk (Nilsen, 2008).

3.3.4 Kartleggingsverktøy

Ved kartlegging og diagnostisering av ADHD er det aktuelt å anvende spørreskjemaer, intervjuer, observasjoner, medisinske undersøkelser, testing samt andre supplerende undersøkelser (Zeiner, 2004). Sammenstilling av informasjon fra en klinisk konsultasjon

samt informasjon innhentet på andre måter er fordelaktig for å stille en ADHD diagnose (Helsedirektoratet, 2013). En helhetlig vurdering som baserer seg på en såkalt multimetodisk kartlegging kan bidra til å danne et godt utgangspunkt for planlegging av effektive tiltak, der barnet og dets foreldre medvirker aktivt (Vogt, 2008). Ulike kartleggingsverktøy som er aktuelle ved utredning av ADHD vil nevnes i det følgende, da flere av studiene i oppgaven baseres på disse.

Testing er konstruert for ulike formål (språk, lesing, skriving, konsentrasjon, evnenivå etc.), og varierer med hensyn til standardisering og normering (Vogt, 2008). Et eksempel på et velbrukt testinstrument er *Wechsler-skalaene* (WISC, WPPSI, WAIS). Disse er de mest brukte instrumentene internasjonalt for å måle evnenivå, og kan gi opphav til flere nyttige hypoteser og tolkninger, blant annet i forhold til underyting, konsentrasjonsvansker og angst (Vogt, 2008). Andre skjemaer som brukes er "5-15". Dette er utarbeidet av nordiske fagfolk, for utredning av barns utvikling og atferd (Bryhn, 2004). Spørreskjemaer (også kalt sjekklister og vurderingsskjemaer) blir ofte anvendt ved kartlegging av ADHD. Disse fylles ut av foreldre, lærere eller eleven selv, og inneholder gjerne graderingss spørsmål. Her dekkes flere områder og symptomer (Zeiner, 2004). *ASEBA* (Achenbach & Rescorla 1999, 2001 ref. i Vogt, 2008) er vanlig å benytte, og består av tre sett vurderingsskjemaer – foreldreskjema (Child Behavior Checklist, CBCL), lærerskjema (Teacher Report Form, TRF) og selvrappor-skjema for ungdom fra 11 til 18 år (Youth Self-Report, YSR), (Vogt, 2008). *Conners' Rating Scales-Revised, CRS-R* (Conners, 1997, ref. i Vogt, 2008) brukes også mye, og består av to vurderingsskjema, et for foreldre og et for lærere. I tillegg finnes selvrapporteringskjema for ungdom mellom 12 og 17 år (Vogt, 2008). Formell kartlegging av eksekutive funksjoner (EF) er aktuelt ved utredning av ADHD, og kan foretas med nevropsykologiske tester samt spørreskjemaer, eksempelvis *BRIEF* (Behavior Rating Inventory of Executive Function). *BRIEF*-skjemaet måler EF (via vurdering av atferd) hos barn og unge i alderen 5 til 18 år, og finnes i foreldreutgave samt lærerutgave (Øgrim, 2004). Dette skjemaet er blant annet brukt i studien til Skogli, Teicher, Andersen, Hovik og Øie (2013), omtalt ved avsnitt 4.2.2.

3.4 Jenter og ADHD

Kjernesymptomene i ADHD tenderer å vise seg ved ulik type atferd hos jenter og gutter. Som følge av dette har fagfolk prøvd å finne typiske "jentekjennetegn" (Haugland & Tangen, 2012). Det har blitt reist kritikk mot at de samme kriteriene og symptomlistene anvendes ved

utredning av både gutter og jenter. Spesielt kan dette være misledende når kriteriene hovedsakelig baseres på forskning av gutter. Flere påpeker at det kan være hensiktsmessig å se jenter for jenter, og ikke sammenligne disse med gutter, da de av natur er nokså ulike i utgangspunktet (blant annet Langlete, 2004; Rucklidge, 2010). Dette kan likevel være utfordrende hvis man ikke vet hva man skal se etter. Det er derfor av hensikt å orientere seg om hva som er typisk for jenter med ADHD, og hvordan man kan kjenne igjen disse. Hvert barn er ulikt, og man vil følgelig finne variasjoner. Noen fellesnevnerer kan likevel beskrives. Symptomer og kjennetegn på jenter med ADHD vil med dette bli belyst.

3.4.1 Kjennetegn i et utviklingsperspektiv

Det kan tyde på at kjennetegnene varierer med alder. Damm og Jensen (2007) fremhever at unge jenter med ADHD er lett påvirkelige, desorienterte og stille dagdrømmere, samt mindre aggressive enn gutter. I puberteten ser det ut til at jentenes symptomer økes signifikant, hvorav vanskene deres plutselig blir mer tydelig. Hormonelle forandringer antas for å være en av forklaringene til dette (se avsnitt 3.1.2). Typiske trekk hos kvinner med ADHD kan være at de er sjenerte, innadvendte, drømmende, glemsomme, rotete og ineffektive. Videre at de er overfølsom for kritikk, ivrig etter å tilfredsstille alle rundt seg, har lavt selvverd, er konfliktsky samt redd for å ta for mye plass (Damm & Jensen, 2007). Det fremgår utydelig om disse antagelsene baseres på forskningsfunn, noe som medfører at man kan stille seg kritisk til teoriens aktualitet.

3.4.2 Symptombilde ved de ulike ADHD typene

Differensielle symptombilder og kjennetegn for de ulike ADHD typene er blitt beskrevet, og noen av disse vil presenteres i det følgende. Det er usikkert i hvilken grad beskrivelsene er forskningsbasert, og de bør derfor kun leses som illustrerende bilder og eksempelvis informasjon. Jentenes vansker med ADHD vil dessuten variere, noe som medfører at generaliseringer av kjennetegn og symptombilder derav bør foretas med aktsomhet.

ADHD hovedsakelig hyperaktiv/impulsiv type

Disse jentene kan gjerne virke ”guttete”, og er ofte interessert i lek preget av fysiske aktiviteter, heller enn tradisjonelle jenteleker. De liker gjerne å utforske og ta sjanser, og leker ofte med gutter. Mange er ofte sjarmerende og fulle av innfall. De kan ha en rotete

håndskrift, i tillegg til å jobbe raskt og unøyaktig. Videre synes de som regel å være på farten til noe annet, og de kan ofte etterlate seg rot samt virke uorganiserte (Langlete, 2004).

ADHD kombinert type

Jentene med ADHD kombinert type kan være svært snakkesalige og avbryter ofte andre. Videre kan de ha vansker med å organisere tankene, og noen prøver å skjule dette ved å fremtre komisk eller tulle, eksempelvis med spillopper og kreative innfall. De har ofte mange venner og noen av jentene er lette å aktivere følelsesmessig, noe som medfører at de kan bli overinvolvert i andres anliggende. Mange av disse jentene gjør det mindre bra på skolen og kan kompensere for dette med å bli hypersosiale i tenårene (Langlete, 2004).

ADHD hovedsakelig uoppmerksom type

Her dreier det seg om jenter som hovedsakelig strever med oppmerksomhetsvansker. De kan gjerne fremstå som dagdrømmere samt litt tilbakeholdne og sjenerte (Langlete, 2004). Disse jentene sitter ofte lenge med leksearbeidet og jobber i sakte tempo. Noen har vansker med å få gjort noe uten en voksen som pådriver (Langlete, 2004). Videre kan jentene virke glemsomme og uorganiserte, og noen kan være både engstelige og deprimerte. Flere er bekymret over eget strev med skolen, men vil ikke bli lagt merke til i klasserommet. Jentene med denne ADHD typen kan ofte bli undervurdert i henhold til sitt evnenivå (Langlete, 2004).

3.4.3 Sluggish Cognitive Tempo

Attention Deficit Disorder (ADD) kan ses som en undergruppe av ADHD, der vanskene fremkommer som en oppmerksomhetsforstyrrelse uten hyperaktivitet. Denne betegnelsen finnes for øvrig ikke i det offisielle diagnosesystemet, til tross for at den er nokså innarbeidet, også i Norge (Øgrim, 2004). Ved DSM-manualen vil den riktige betegnelse for ADD være AD/HD hovedsakelig uoppmerksom type. Øgrim (2004) stiller spørsmål ved om ADD er jentenes form for ADHD. Ved forarbeidet til DSM-IV fant man en jevnere kjønnsfordeling ved ADD (ADHD hovedsakelig uoppmerksom type), sammenlignet med ADHD kombinert type. Ved den kombinerte typen fant man 7.4 gutter for hver jente, og for ADD fant man 2.7 gutter per jente, dette var ved henviste utvalg. Ved ikke-henviste utvalg fant man at det var 3.5 gutter per jente ved den kombinerte typen, og 2.4 gutter per jente ved ADD (Øgrim, 2004). Kjønnsforskjellene var altså mindre ved ADD, noe som bidrar til å underbygge

spørsmålet om jentene faktisk tenderer å ha en større grad av ADD. Nyere forskning kan tyde på at ADD dessuten er sammensatt av differensielle undergrupper, hvorav *Sluggish Cognitive Tempo* (SCT) er en av disse. Forskning er blitt foretatt rundt SCT, men det er ukjent om denne vansken kan knyttes direkte til jenter. Det kan likevel spekuleres i om det er mulighet for nettopp en slik sammenheng. På bakgrunn av dette vurderes det som aktuelt å presentere studier som ser på SCT, dette for å belyse vanskens kjennetegn.

Garner, Marceaux, Mrug, Patterson og Hodgins (2010) undersøkte SCT i forhold til ADHD symptomer og klinisk diagnose. Rapporteringer fra foreldre og lærere ble samlet for 322 barn, og ungdom ble evaluert for atferd, emosjoner samt lærevansker. Det ble funnet støtte for tre separate, men for øvrig korrelerende faktorer – SCT, uoppmerksomhet og hyperaktivitet/impulsivitet. SCT symptomer var størst hos unge med ADHD hovedsakelig uoppmerksom type, men ble også funnet ved en gruppe uten ADHD. Videre ble SCT symptomer relatert til uoppmerksomhet, samt internaliserte og sosiale vansker. Det ble argumentert for statistisk validitet hva gjelder SCT, men dens kliniske nytte er likevel uklart (Garner et al., 2010). Videre kan studiet til J. J. Bauermeister, Barkley, J. A. Bauermeister, Martinez og McBurnett (2012) nevnes, hvorav disse undersøkte symptomatologien ved uoppmerksomhet, hyperaktivitet/impulsivitet samt SCT. 78 gutter og 62 jenter i alderen mellom 6 til 11 år ble evaluert ved hjelp av mødre og læreres vurderinger, og funnene viste at uoppmerksomhet hadde sterkest korrelasjon med lave skårer på målinger av nevropsykologi, prestasjon samt psykososial vurdering. Eksterne vansker var sterkest relatert til hyperaktivitet/impulsivitet, og internaliserte vansker var sterkest relatert til SCT (ved foreldrevurdering) og uoppmerksomhet (ved lærervurdering). SCT var ikke relatert til eksekutive funksjoner, men for øvrig negativt relatert til matematiske vansker (J. J. Bauermeister et al., 2012). SCT ser følgelig ut til å være relatert til matematikkvansker, men ikke lesevansker, hvorav ADHD hovedsakelig uoppmerksom type (ADD) er assosiert med begge disse variablene. SCT er også mindre relatert til dårlig sosiale ferdigheter og ekstern atferd i hjemmet og på skolen, sammenlignet med den uoppmerksomme typen (ADD). Begge typene predikerer likevel internalisert atferd (Bauermeister & Barkley, 2012). Bauermeister og Barkley (2012) foreslår at SCT kan ses som en oppmerksomhetsforstyrrelse ulik fra ADHD, og at denne har differensielle nevropsykologiske og psykiatriske korrelasjoner. Om SCT likevel kan knyttes til jenter med ADHD er som nevnt ikke kjent, og det stilles spørsmål ved dette.

3.4.4 Har jenter tendenser til et internalisert vanskebilde?

ADHD vansker hos gutter og jenter regnes for å være mer likt enn ulikt (Rucklidge, 2010). Man antar at det er kjønnsforskjeller ved symptombildet, men ikke nødvendigvis i antall nedsatte funksjoner og vanskeområder (Jensen, 2011). Jentene har like store vansker med oppmerksomhet som guttene i form av manglende styring av oppmerksomhet, svingende oppmerksomhet samt vansker med å starte og fullføre arbeidsoppgaver. Videre har de like store vansker med arbeidshukommelse, eksekutive funksjoner og tidsfornemmelse (Jensen, 2011). Guttene tenderer å ha mer eksterne komorbide vansker, mens jentene kan ha mer internaliserte komorbide vansker, slik som depresjon og angst (Rucklidge, 2010). Jentene er sjeldent like utagerende og hyperaktive som guttene, noe som også medfører at deres symptomer blir mindre synlige sammenlignet med guttene. Deres symptomer i småskolealder er langt mer diskret i form av uoppmerksomhet, tilbaketrukkethet samt drømmende atferd (Jensen, 2011). I en studie utført av Becker, McBurnett, Hinshaw og Pfiffner (2013) fant man at både foreldre og lærere vurderte jenter med ADHD for å være mer engstelige enn gutter, hvorav dette også ble kategorisert som en del av internaliserte symptomer. Jenter vurderes altså for å ha mer internaliserte vansker enn gutter. Det kan være flere årsaksforklaringer til dette.

Det er nærliggende å tenke at sosiale forventninger til kjønnsroller kan føre til differensielle uttrykk hos jenter og gutter med ADHD (Haugland & Tangen, 2012). Videre er jenter både biologisk og nevrologisk forskjellig fra gutter. De sosialiserer seg og snakker annerledes, og de blir oppdratt i henhold til helt andre sosiale forventninger. På bakgrunn av disse forskjellene er det helt naturlig at jenter opplever vansker på en annen måte samt har et annet atferdsmessig uttrykk enn gutter (Nadeau, Littman & Quinn, 1999). Quinn (2008) fastslår at jentenes tendenser for å internalisere ADHD symptomer (eksempelvis ved engstelse og depresjon), kan være grunnet i kjønnsforskjeller i oppdragelsen. Jenter er oppdratt til å ta innover seg (internalisere) negative tilbakemeldinger – å unnskyld seg, å tilpasse seg, å ta på seg skylden for noe samt å ikke slå tilbake. Dette er noe annerledes hos gutter. De blir oppdratt til å "slå tilbake", og til å se problemer som noe eksternt (Quinn, 2005; Quinn, 2008). Uavhengig av årsaksforklaringer så foreligger det altså antagelser om at jenter har et mer internalisert vanskebilde sammenlignet med gutter. Men hvordan kommer vanskene til syne når man sammenligner jenter med jenter? Vurderes jenter med ADHD for å ha like mye internaliserte vansker ved sammenligning med jenter uten ADHD, eller anses de da for å ha

mer ekstern atferd? I henhold til Langlete (2004) finner man forskjeller på disse to gruppene. Forskningsresultater viser med sikkerhet at jenter med ADHD er ulike jenter uten ADHD, hva gjelder aktivitet, impulsivitet og/eller oppmerksomhet (Langlete, 2004). Utvalgte studier kan bidra til å belyse dette området.

Utvalgte studier om jenter og ADHD

Mick, Byrne, Fried, Monuteaux, Faraone og Biederman (2010) utførte et femårig oppfølgingsstudie der de undersøkte aldersavhengig forbedring hos jenter med ADHD. 123 jenter med ADHD og 106 jenter uten ADHD (kontrollgruppe) i alderen 6 til 17 år ble undersøkt. ADHD ble vurdert med differensielle diagnosemanualer (DSM-III-R og DSM-IV) på de ulike tidpunktene i studien, videre ble det anvendt kliniske utvalg. Generaliseringer må derfor foretas på bakgrunn av dette. Av nevneverdige funn kan påpekes at ADHD symptomer var vedvarende hos 71 % av jentene ved fem års oppfølging (ved alder 16). Disse jentene hadde større risiko for psykiatriske komorbide vansker (stemningslidelser, forstyrrende atferd), sammenlignet med både kontrollgruppen og jentene med forbedret symptomer. Jentene med forbedret symptomer hadde større vansker med komorbide vansker (stemningslidelser, angst, forstyrrende atferd), sammenlignet med kontrollgruppen. Videre fremviste jentene med vedvarende symptomer mer signifikante atferdsvansker og hyperaktive/impulsive symptomer i utgangspunktet, men ingen forskjell ved uoppmerksomhet, evnenivå eller eksekutive funksjoner. Vedvarende symptombylde ved femårig oppfølging ble derfor antatt for å være predikert av atferdsvansker. Det ble foreslått at jenter med ADHD erfarer vedvarende symptomer og vansker fra ungdomsårene og opp til tidlig voksenliv (Mick et al., 2010). Denne studien indikerer at jenter med ADHD har mer atferdsvansker sammenlignet med jenter uten ADHD, noe som tyder på at man finner mer eksterne vansker når man sammenligner denne målgruppen med samme kjønn.

Babinski et al. (2011) undersøkte ADHD hos jenter, der målet var å karakterisere utfallet hos jenter med ADHD barnediagnose. 58 jenter ble inkludert, der 34 ($M = 19.97$ år) møtte DSM kriteriene i barndommen, mens de resterende 24 (kontrollgruppe; $M = 19.83$ år) ikke hadde slike symptomvansker. Utvalget ble hentet fra en longitudinell studie i Pittsburgh, og data (basert på selvurdering og foreldrevurdering) vedrørende psykopatologi, personlige relasjoner, akademisk mestring, jobbprestasjon samt stoffmisbruk, ble innsamlet. Selv om den minimale utvalgsstørrelsen reduserte styrken til å undersøke statistisk signifikante gruppeforskjeller, kan studien likevel anvendes for å belyse antatte forskjeller mellom jenter

med og uten ADHD. Funnene fra undersøkelsen til Babinski et al. (2011) indikerte at jentene med ADHD erfarte vedvarende vansker fra ungdomstid til tidlig voksenliv, sammenlignet med kontrollgruppen. Disse vanskene innbefattet blant annet mer konflikt med mødre, mindre parforhold samt mer depressive symptomer

Hinshaw et al. (2012) foretok en undersøkelse fra et tiårig oppfølgingsstudie, der de så på to utvalg av jenter med ADHD (kombinert type: $n = 93$; uoppmerksom type: $n = 47$) samt en kontrollgruppe ($n = 88$). Jentene ble rekruttert fra ulike instanser, alle fra San Fransisco området, og var mellom 17 – 24 år. På bakgrunn av at studien baserer seg på et utvalg fra en tiårig periode, bør ulike begrensninger tas i betraktning (se avsnitt 2.4.1 hva gjelder longitudinelle design). Av interessante funn kan nevnes at jentene med ADHD (barnediagnose) fortsatte å vise vedvarende ADHD symptomer og komorbide symptomer, samt vansker med generelle så vel som spesifikke svekkelser, sammenlignet med kontrollgruppen (medium til stor *ES*). Det var ingen signifikant gruppeforskjell hva gjelder spisevaner, stoffmisbruk eller kjøring. Begge gruppene med ADHD hadde mottatt mer skolebasert tilrettelegging sammenlignet med kontrollgruppen. I tillegg hadde begge gruppene lavere skårer ved lesing og matematikk, sammenlignet med kontroll (stor *ES*). Videre hadde begge ADHD gruppene høyere skårer ved måling av angst og ODD/CD, sammenlignet med kontroll. Det var liten forskjell mellom de to typene av ADHD, bortsett fra selvmordsforsøk og selvskading – som var høyere hos jentene med kombinert type. Ekstern atferd, generelle svekkelser, tilrettelegging samt selvskading vedvarte for jentene med ADHD (Hinshaw et al., 2012). Samlet viste studien at jentene med ADHD hadde mer vansker enn kontrollgruppen (blant annet eksterne vansker), og at flere av disse vanskene vedvarte til tidlig voksen alder. Funnene indikerer at jenter med ADHD ikke tenderer å ha et internalisert vanskebilde. Slike påstander tyder derfor på å være basert hovedsakelig på studier der jenter blir sammenlignet med gutter.

3.4.5 Hvilken kunnskap har lærere om jenter med ADHD?

Læreres kunnskap om ADHD er av særskilt betydning, men hvilken fordeler kan man dra nytte av når lærere har kunnskap? Utdanningsdirektoratet (2006) har understreket betydningen av kunnskap vedrørende ADHD generelt. Ifølge de vil spesifikk kunnskap om ADHD øke læreres forståelse for elevene samt kunne forandre deres holdninger til denne elevgruppen. Videre påpeker de at skoler som får til gode opplegg for elever med ADHD, kjennetegnes av

at de har kunnskap/kompetanse om vanskebildet ved alle ledd, både pedagogisk så vel som administrativt (Utdanningsdirektoratet, 2006). Ulike empiriske undersøkelser har forsøkt å kartlegge læreres kunnskap vedrørende jenter med ADHD. Tre slike undersøkelser vil presenteres her.

Quinn og Wigal (2004) undersøkte bevissthet og forståelse av kjønnsforskjeller ved ADHD, ved et utvalg bestående av generell befolkning over 18 år ($n = 1797$), foreldre til barn med ADHD i alderen 6-17 ($n = 541$), lærere som hadde undervist elever med ADHD ($n = 550$) samt barn med ADHD i alderen 12-17 år ($n = 346$). Funnene fra undersøkelsen viste at 58 % av befolkningen og 82 % av lærerne mente at ADHD var mer vanlig hos gutter. (Resterende av disse to gruppene mente at ADHD var like vanlig blant kjønnene). 51 % av befolkningen og 59 % av lærerne var av den oppfatningen at jenter ble diagnostisert senere enn gutter, og 64 % av befolkningen mente at jentene ble diagnostisert senere fordi de i større grad hadde et mer beskjedent vanskebilde. 85 % av lærerne mente at jentene oftere gikk udiagnostisert, og 42 % av lærerne syntes det var vanskeligere å gjenkjenne ADHD hos jenter enn hos gutter. Resterende lærere syntes det var like vanskelig hos både jenter og gutter. Både den generelle befolkningen og lærerne mente at atferdsvansker og forstyrrende atferd i klasserommet er mest vanlig ved ADHD hos gutter, og at skolevansker, uoppmerksomhet og depresjon er mest vanlig hos jenter. Videre mente 63 % av foreldrene at lærerne spilte en veldig viktig rolle i forhold til å hjelpe barna med ADHD. 56 % av lærerne bekreftet veldig lite eller ingen opplæring i forhold til ADHD.

Groenewald, Emond og Sayal (2009) undersøkte lærerens gjenkjennelse av ADHD hos jenter, og 212 lærere fra 40 tilfeldig valgte barneskoler i England deltok i undersøkelsen. Rapporteringer viste at 98 % av lærerne gjenkjente vansker hos jentene, men at de mente at disse vanskene skyldtes uoppmerksomhet (89%) eller emosjonelle vansker (62%). Lærerne hadde vanskeligere for å identifisere jenter med ADHD hovedsakelig uoppmerksom type enn ADHD kombinert type (14% versus 43%). Et mindretall rekommanderte videre klinisk henvisning (50% versus 59%) og et fåtall (15%) mente at medisiner kunne være lønnsomt for jenter som møtte kriteriene for ADHD. Lærerne var altså i stand til å gjenkjenne ADHD-relaterte vansker, men forklarte disse vanskene med uoppmerksomhet og emosjonelle vansker, heller enn ADHD. Disse funnene kan ses i likhet med studien til Moldavsky, Groenewald, Owen og Sayal (2013), der de så på lærernes evne til å gjenkjenne ADHD hos barn, videre om kjønn og ADHD undergrupper hadde noen påvirkning på gjenkjenningen.

169 skoler i England deltok i undersøkelsen, og funnene viste at 99 % av 496 lærere greide å identifisere vansker. Undersøkelsen fant ingen signifikante forskjeller på gjenkjenning hos jenter og gutter, hvorav 45 % (112/249) av guttene og 43 % (106/247) av jentene ble identifisert med ADHD. De ulike undergruppene av ADHD hadde større betydning enn kjønnsforskjeller. 33 % (85/260) av case med ADHD hovedsakelig uoppmerksom type og 56 % (133/236) av case med ADHD kombinert type, ble identifisert som ADHD. De fleste lærerne anbefalte intervensjoner uten medikamenter, men 13 % mente at medikamenter kunne være lønnsomt, spesielt for ADHD kombinert type. Dette gjaldt både gutter og jenter. Det ble konkludert med at ADHD hovedsakelig uoppmerksom type er like vanskelig å identifisere hos både jenter og gutter. Det understrekes at selv om funnene får frem lærernes perspektiver, er det ikke sikkert at disse blir opprettholdt og praktisert.

3.5 Oppsummerende refleksjoner

Ved dette kapittelet har vi sett at langt flere gutter enn jenter blir henvist samt får diagnosen ADHD, en diagnose som henholdsvis preges av oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. Sammensatte årsaksforklaringer kan begrunne diagnosen. Den har likevel en sterk arvelighetsfaktor. Ingen kjønnsforskjeller ble funnet ved årsaksforklaringer. Til tross for at det antas at gutter har større vansker med ADHD, viser forskning at begge kjønn tenderer å ha en relativt lik tendens hva gjelder akademiske, emosjonelle, atferdsmessige og sosiale vansker. Komorbide vansker tenderer ofte å være noe annerledes hos jenter enn hos gutter, hvorav en høyere frekvens av angst, stemningslidelser, spiseforstyrrelser og hormoner ofte preger vanskebildet til jentene. Studier har vist at ADHD hos jenter er en signifikant risikofaktor for å utvikle spiseforstyrrelse og depresjon, og jenter er mer utsatt for angst som tilleggsvanske, sammenlignet med gutter. Det er blitt påstått at jenter har et mer internalisert vanskebilde enn gutter, men forskning ser ut til å tale for at jenter også har vansker med ekstern atferd.

4 Presentasjon av studier

I det foregående kapittelet ble det anvendt teori så vel som empiriske undersøkelser, for å redegjøre for ADHD generelt samt hos jenter. Dette kapittelet vil ta utgangspunkt i utvalgte empiriske studier, og deres funn blir derfor presentert i det følgende. Studiene har naturligvis blitt utvalgt på bakgrunn av oppgavens fremstilte problemstillinger, og det er følgelig av interesse å se på hva disse sier i forhold til oppgavens anviste problemområdet samt om disse kan egne seg til å anvendes videre i en konstruktiv sammenheng. Videre vil validiteten til studiene bli anslått, og deres funn vil bli gjengitt på en slik måte som anses for å være av høyest grad objektivitet. De aktuelle studiene vil med dette bli belyst.

4.1 Hva sier empirien om jentenes uttryksbilde?

”De fleste jentene som har fått diagnosen ADHD, er de jentene som fremviser de samme symptomene som de urolige, impulsive og litt pågående guttene. De jentene som ligner mest på de urolige, impulsive og noe utagerende guttene, er de som blir lagt merke til og henvist for utredning” (Langlete, 2004, s. 114). Mye kan tyde på at flere jenter med ADHD overses og at vi ikke vet hva vi skal se etter, videre at det foreligger manglende kunnskap på dette området. Hva sier ny forskning om jentenes uttryksbilde? Kan vi hente nok kunnskap fra den foreliggende forskningen på området? Tidligere i oppgaven ble det påpekt at et flertall av forskningsfunnene innbefattet studier om gutter (dobbelte så mange av søketreffene gjaldt studier om gutter og ADHD, sammenlignet med jenter). Det ble også erfart som noe utfordrende å skulle finne studier som kun inkluderte jenter med ADHD, samt å finne nok studier som berørte oppgavens tematikk (se avsnitt 2.2). Denne begrensningen til tross, studiene som presenteres i det følgende ble vurdert som aktuelle for å kunne belyse uttryksbildet til jenter med ADHD.

4.1.1 Grskovic og Zentall (2010)

Grskovic og Zentall (2010) utførte en studie der de så på identifisering og karakteristika hos jenter med ADHD. Hensikten her var å identifisere den hyperaktive, impulsive, sosiale og emosjonelle karakteristikk hos jenter med ADHD symptomer. Videre var hensikten å adressere problemet med redusert identifikasjon av jenter med ADHD symptomer samt viktigheten med å fange opp disse. For å kunne fange opp jentene så tidlig som mulig, undersøkte de muligheten for at foreldre ville være mer hensiktsmessig til å vurdere

identifikasjon enn lærere, videre at hjemmet kunne fungere som en bedre vurderingskontekst enn skolen. Dette som følge av at foreldre kan ha bedre kjennskap til døtrenes atferd i sosiale settinger. Jentenes egne vurderinger ble også vektlagt i studien. Eksisterende skåringskjemaer ble vurdert som mulige utilstrekkelige måleinstrumenter, og det ble derfor utarbeidet et ekstra supplement (*Supplementary Descriptive Assessment*). En liste bestående av 45 punkter, med beskrivelser av hyperaktiv og impulsiv atferd, ble generert ut ifra foreliggende informasjon om ADHD hos jenter. Disse beskrivelsene ble formatert til et måleinstrument med fem mulige skåringsalternativer; *Almost Never, Sometimes, Often, Most of the Time, Almost Always* (Grskovic & Zentall, 2010). Fem kvinner (alder; $M = 36$) med ADHD ble invitert til å delta i en fokusgruppe der hensikten var å evaluere de 45 beskrivelsene. Det endelige måleinstrumentet bestod av 44 beskrivelser fordelt på kategoriene; *Activity Style, Talking Style, Attentional Style, Social Style (Positive Social Skills, Oppositional Behavior)* og *Emotional Style* (Grskovic & Zentall, 2010). For å øke variasjonene i utvalget, ble jentene rekruttert fra fem ulike skoler. Det totale utvalget bestod av 262 jenter med ulik etnisitet, hvorav gjennomsnittsalderen var 12 år. Det ble forøvrig funnet gruppeforskjeller vedrørende etnisitet ($\chi^2 = 27.47$, $df = 6$, $n = 99$, $p < .001$). Innsamlet data ble vurdert på bakgrunn av grupperinger av jentene, og de følgende gruppene bestod av jenter med ADHD ($n = 20$), jenter med hovedsakelig lærevansker ($n = 19$) samt en kontrollgruppe bestående av jenter uten ADHD og lærevansker ($n = 63$). Jenter målt med høy hyperaktivitet ($n = 160$) ble ekskludert fra kontrollgruppen, og jenter med både ADHD og lærevansker ($n = 7$) ble inkludert i gruppen med hovedsakelig lærevansker (Grskovic & Zentall, 2010).

Lærerne, foreldrene og jentene fullførte ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale (ACTeRS; Ullmann, Sleator & Sprague, 1991, ref. i Grskovic & Zentall, 2010), et skaleringskjema som måler oppmerksomhet, hyperaktivitet, sosiale ferdigheter og opposisjon, (dette skjemaet inkluderer separate normer for jenter). Kun foreldrene og jentene fullførte det utarbeidede skåringskjemaet *Supplementary Descriptive Assessment*, i tillegg utførte jentene Piers-Harris Children's Self-Concept (Piers & Harris, 1984, ref. i Grskovic & Zentall, 2010), et skåringskjema som inkluderer selv vurdering av blant annet atferd, skolestatus, attribusjon, angst, popularitet med mer (Grskovic & Zentall, 2010).

Nevneverdig med denne studien er at dataene fra det supplerende skåringskjemaet ble statistisk analysert ved hjelp av to faktoranalyser, en med jentenes selv vurdering og en med foreldrenes vurdering (Grskovic & Zentall, 2010). Faktoranalyse er en statistisk metode der

man ser på hvor bra ulike beskrivelser (faktorer) er relatert til hverandre, og hvordan disse former ulike mønstre. Hver faktor representerer flere ulike variabler og slike faktorer har vist seg å være svært effektive for å kunne representere utfallet i visse studier (Salkind, 2011). Likevel kan flere begrensninger ved studien fremsettes. Det ble som nevnt funnet gruppeforskjeller i henhold til etnisitet, noe som kan ha påvirket de ulike funnene. Videre stilles det spørsmål til testvaliditeten ved det supplerende skåringskjemaet (se avsnitt 2.3.3). Det ble målt for kriterievaliditet ved det supplerende skåringskjemaet, og skjemaet viste høy signifikant korrelasjon med ACTeRS foreldreskjema ($r = .51, p < .0001$) og ACTeRS selv vurderingsskjema ($r = .54, p < .0001$), (Grskovic & Zentall, 2010). Likevel bør det stilles spørsmål ved begrepsvaliditeten til dette skjemaet (se avsnitt 2.3.3). Da studien anvender et skolebasert utvalg, foreslås det at man vurderer populasjonsvaliditet og økologisk validitet før en videre generalisering av funn (se avsnitt 2.3.2). Refleksjon rundt dette anses som hensiktsmessig.

Faglig fungering

Kontrollgruppen hadde høyere skårer i matematikk og lesing enn jentene med ADHD, og gruppen med hovedsakelig lærevansker hadde her lavest skårer ($p < .0001$). Videre hadde jentene med ADHD tilsvarende skårer som kontrollgruppen når det gjaldt evnenivå (Fullskala-IQ), mens jentene med hovedsakelig lærevansker hadde lavest skårer også her ($p < .0001$), (Grskovic & Zentall, 2010). Dette var for øvrig skårer nærliggende normalvariasjon for normgruppen.

Impulsivitet/hyperaktivitet

Den største og mest tydeligste identifiserte faktoren fra det supplerende skåringskjemaet beskrev impulsivitet og hyperaktivitet. Ved hjelp av faktoranalyse ble det blant annet vist at variablene – ”endrer samtaleevne”, ”sier ting før de tenker seg om”, ”ramler”, ”avbryter samtaler”, ”utålmodig når hun må vente”, ”bevegelse i armer eller ben” – ble ledet av faktoren ”impulsivitet og hyperaktivitet”. Flest variabler ble altså ledet av denne faktoren, noe som utgjorde denne som mest dominerende. Dette var likt på jentene selv vurdering samt foreldrenes vurdering (Grskovic & Zentall, 2010). Videre ble jentene med ADHD vurdert som de mest hyperaktive ved alle tre vurderingsskjemaene av ACTeRS ($p < .0001$ ved foreldreskjema samt lærerskjema, og $p < .01$ ved jentenes selv vurderingsskjema), (Grskovic & Zentall, 2010).

Sosial atferd

Ved analyse av gruppeforskjeller på ACTeRS skåringskjemaet ble det vist at ADHD gruppen samt gruppen med lærevansker, ble vurdert (av lærere, foreldre og jentene) for å ha mer signifikante sosiale ferdighetsvansker enn kontrollgruppen ($p < .0001$ ved alle målinger). Jentene med ADHD ble vurdert (av foreldre via supplerende skjema) for å ha tilsvarende skårer på faktoren ”prososial atferd” som kontrollgruppen ($p < .05$). Ved denne faktoren ble de vurdert likt ved åtte av ni variabler, der den siste variabelen var ”liker å snakke – har alltid en kommentar eller et spørsmål”. Her ble jentene med ADHD vurdert signifikant høyere enn kontrollgruppen. Gruppen med lærevansker ble vurdert for å ha lavest skårer på faktoren ”prososial atferd” ($p < .05$), (Grskovic & Zentall, 2010). Videre ble denne gruppen vurdert signifikant lavere ved fem av ni variabler (de hadde mindre sannsynlighet for å like å prate, å være på farten, å starte aktiviteter, å vise entusiasme samt delta i aktiviteter). På selvvurderingsskjemaet for jentene skåret jentene med ADHD tilsvarende som kontrollgruppen ved fem av de seks variablene inkludert i faktoren ”prososial atferd”, foruten variabelen – ”raskere/hurtigere – vandring, sykling, jobbing”, ($p < .05$). Jentene med ADHD vurderte seg selv med signifikant høyere skårer enn kontrollgruppen på denne variabelen. Videre vurderte jentene med lærevansker seg selv som signifikant lavere enn jentene med ADHD på denne variabelen samt på variabelen ”har mange interesser”, og skåret derfor lavest på faktoren ”prososial atferd” ($p < .05$). Jentenes supplerende selvvurderingsskjema viste at jentene med ADHD vurderte seg selv som mer deltagende i uanstendig atferd, sammenlignet med de to andre gruppene ($p < .05$), (Grskovic & Zentall, 2010).

Emosjoner

Det supplerende skåringskjemaet inkluderte to faktorer, som henholdsvis skulle måle emosjoner hos jentene (uregulerte emosjoner og angst). Disse faktorene innbefattet for øvrig ulike variabler på de to skåringskjemaene for foreldrene og jentene. Jentene med ADHD ble vurdert høyere enn kontrollgruppen ved alle de syv variablene som var inkludert i faktoren ”uregulerte emosjoner” ($p < .0001$). Jentene med ADHD tenderte å være mer sta, lunefulle, overreagerende og sinte. De hadde også mer tendenser til å bekymre seg, føle skyldfølelse samt være støyende med familie og venner. Jentenes selvvurdering på denne faktoren viste at jentene med ADHD vurderte seg selv høyere enn de to andre gruppene (ikke signifikant), noe som for øvrig var likt som foreldrenes vurdering. Det var likevel en variabel som skilte jentene med ADHD nevneverdig fra de to andre gruppene, og denne variabelen indikerte at disse jentene var mer bevisst enn de andre gruppene over at de hadde en større tendens til å

reagere med sterke følelser. Videre vurderte foreldrene at jentene med lærevansker hadde høyest skårer på faktoren ”angst” (ikke signifikant), mens jentene med ADHD skåret seg selv høyest på denne faktoren ($p < .001$), (Grskovic & Zentall, 2010).

Selvilde

Ved måling av gruppeforskjeller ved vurderingsskjemaet Piers Harris, fant man at jentene med ADHD skåret lavere på variabelen ”total/sammenlagt selvilde”, sammenlignet med kontrollgruppen ($p < .01$). Jentene med lærevansker hadde lavest skårer ved denne variabelen. Hos jentene med ADHD var lavt selvilde assosiert med høyt nivå av impulsivitet og hyperaktivitet på foreldrenes supplerende skåringskjema ($r = -.49, p < .05$), samt jentenes selvurdering av uanstendig atferd ($r = -.52, p < .05$). Lavt selvilde hos jentene med ADHD var også assosiert med jentenes selvurdering av uoppmerksomhet ($r = -.48, p < .05$) samt sosiale ferdighetsvansker ($r = -.76, p < .001$) på ACTeRS-skjemaet. Jentene med høyest rapportert prososial atferd (fra ADHD gruppen), rapporterte også høyest selvilde ($r = .49, p < .05$). I tillegg til dette var foreldrenes vurdering av uregulerte emosjoner på det supplerende skåringskjemaet også assosiert med lavt selvilde hos disse jentene ($r = -.59, p < .01$), (Grskovic & Zentall, 2010).

4.1.2 Kopp, Kelly og Gillberg (2010)

Kopp, Kelly og Gillberg (2010) foretok en studie der hovedhensikten var å klinisk beskrive 100 jenter som var blitt henvist for enten sosial vansker, oppmerksomhetsvansker, akademiske vansker eller tics. En annen hensikt var å sammenligne symptombylde og komorbiditet langs diagnostiske kategorier og aldersgrupper, samt avgjøre hvorvidt jenter med Autism Spectrum Disorder (ASD) og ADHD skiller seg fra hverandre i henhold til kognitivt nivå, adaptiv atferd i dagliglivet, familiesituasjon, skolesituasjon og generell funksjon. Videre var hensikten å sammenligne hvor gammelt barnet var når foreldrene først søkte profesjonell hjelp for barnets utvikling eller atferdsvansker. 20 jenter med ASD og 34 jenter med ADHD, i alderen 7 – 16 år, ble sammenlignet med ikke-klinisk kontrollgruppe ($n = 57$) i samme aldersgruppe. Jenter med diagnoser ble plukket ut fra et klinisk utvalg ($n = 100$). Videre kunne ikke jentene fra det kliniske utvalget ha fått konstatert lærevansker (Fullskala-IQ under 70), og jentene fra det ikke-kliniske utvalget (kontrollgruppe) kunne ikke vise tegn til noen diagnostiske symptomer. Omfattende undersøkelser og tester ble utført av ulike fagpersoner, og innbefattet kliniske undersøkelser, måling av evnenivå (bla. WPPSI-R,

WISC-III, WAIS-R), spørreskjema (bla. The Conners` Teachers` Rating Scale-Revised: Long Form, 5-15), strukturerte intervjuer, observasjon, undersøkelse av fysikk og motorikk, lese- og skrivetester, undersøkelser av sosioøkonomisk situasjon samt diagnostiske prosesser (DSM-IV diagnosekriterier). Flere statistiske analysemetoder ble brukt, blant annet Chi-kvadrat og Spearman korrelasjon, hvorav signifikansnivå på $\alpha = .01$ ved alle testene (Kopp et al., 2010). Det påpekes at jentene i det kliniske utvalget ble rekruttert fra et utvalg av jenter henvist til en spesialklinikk, og overføring av funn bør følgelig gjøres på bakgrunn av dette (se avsnitt 2.3.2 og 2.4.2, hva gjelder utvalg og ytre validitet). Videre ble kontrollgruppen påpekt for å være bedre rustet hva gjelder sosioøkonomisk bakgrunn, noe som kan ha påvirket de observerte ulikhetene mellom denne gruppen og det kliniske utvalget (Kopp et al., 2010). I tillegg til dette hadde alle fagpersonene som utførte testene kjennskap til jentenes gruppestatus. Dette kan ha gitt utslag i såkalt *experimenter bias* eller *interviewer bias*, hvorav forskeren her påvirker deltager og resultater, eksempelvis ved direkte kontakt eller forventninger til resultater (Gravetter & Forzano, 2012). Dette kan ha påvirket validiteten til funnene.

Hoveddiagnoser, henvisning og behandlingshistorie

Av de yngste jentene ved det kliniske utvalget (3-6 år) hadde 20 av 24 (83%) ASD, og 2 av 24 (8%) ADHD. I de to andre aldersgruppene (7-12 år; 13-18 år) var vurderingen av ASD signifikant lavere (henholdsvis 37% og 32%), mens vurdering av ADHD var signifikant høyere (henholdsvis 50% og 66%). 61% av jentene i det kliniske utvalget hadde motoriske og/eller vokale tics i løpet av kartleggingsperioden, uten funksjonelle svekkelser for øvrig. I det kliniske utvalget var 47% blitt henvist av barnelege, 26% av barnepsykolog og 22% av skolens helselege. Flertallet av jentene i de to gruppene med ASD og ADHD hadde tidligere vært hos profesjonelle, men ingen av jentene hadde for øvrig gått på sentralstimulerende medikamenter. 47 % av disse jentene (ASD 40% og ADHD 32%) hadde gått til profesjonell hjelp for atferd og lærevansker, innen fireårsalderen (Kopp et al., 2010).

ASD og ADHD

Gjennomsnittsalderen ved ASD diagnosesetting var 8.8 år ($SD = 4.4$) og flest jenter i denne gruppen hadde autisme forstyrrelse (AD), hvorav antallet her var 29 jenter (63%). ADHD som tilleggsvanske ble funnet ved 95% av jentene med ASD i skolealder (80% av det kliniske utvalget), men disse hadde færre symptomkriterier enn jentene med hovedsakelig ADHD (ikke signifikant). Resultater fra målinger av atferd og emosjoner viste seg å være like

ved de to gruppene med ASD og ADHD. Statistisk signifikante (høyere) skårer ved ASD ble kun funnet ved autistiske symptomer, målt med ASSQ, ADI-R og ADOS-G (spørreskjema, strukturert intervju og observasjon som måler ASD), (Kopp et al., 2010).

Gjennomsnittsalderen ved stilt ADHD diagnose var 13.0 år ($SD = 3.4$). ADHD kombinert type var mest forekommende (63%), etterfulgt av uoppmerksom type (30%) og hyperaktiv/impulsiv type (6%). Videre ble gjensidig relasjon mellom de tre ADHD kriteriedomenene kalkulert, og her fant man støtte for en større andel av uoppmerksomme symptomer ved sammenligning med impulsivitet ($Z = -1.954, n = 34, p = .051$) og hyperaktivitet ($Z = -3.128, n = 34, p = .002$). Det var ingen korrelasjon mellom økt alder og økte uoppmerksomme symptomer ($r = .34, p = .05$). Autistiske trekk ble funnet hos 29% av jentene med ADHD, og dette var like vanlig blant uoppmerksom type og kombinert type (Kopp et al., 2010).

Komorbide vansker

Antallet gjennomsnittlige komorbide vansker skilte seg ikke signifikant mellom de to gruppene med ASD og ADHD. Symptomer for opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD), rapportert av foreldre, var nesten like vanlig hos jentene med ASD og ADHD (55% versus 65%). ODD symptomer var spesielt vanlig hos jentene med ADHD kombinert type (77%), og kun tilstede hos to av jentene med uoppmerksom type ($\chi^2 = 10.27, n = 34, df = 2, p = .006$). Videre var det komorbide mønsteret likt mellom de to gruppene med ASD og ADHD, dette gjaldt blant annet depresjon, separasjonsangst, Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), tics, vannlatning samt søvnforstyrrelser. Jentene i gruppen med ASD hadde 2.5 ganger mer multiple angstforstyrrelser sammenlignet med jentene med ADHD (ikke statistisk signifikant), (Kopp et al., 2010). 56 % (19/34) av jentene med ADHD hadde ingen vansker med atferdsforstyrrelse, depresjon eller multiple angstforstyrrelser. Kun en jente (3%) med ADHD hadde alle tre diagnosene. Ingen av jentene med ASD hadde atferdsforstyrrelse, men 45 % (9/20) av jentene i gruppen med ASD hadde ADHD som (eneste) komorbide vanske. Kun en jente (5%) med ASD hadde ASD som eneste diagnose. Det ble ikke funnet en korrelasjon med alder ved noen av de komorbide vanskene, dette gjaldt både ved jentene med ASD så vel som jentene med ADHD (Kopp et al., 2010).

Evnenivå og skolesituasjon

Evnenivå (Fullskala IQ) var likt ved de kliniske gruppene med ASD og ADHD. (Evnenivå var for øvrig innenfor normalvariasjon for normgruppen). Ved måling av generell fungering

(GAF) var forskjellen mellom de to gruppene mer fremstående, hvorav jentene med ASD hadde signifikant lavere skårer. Videre hadde begge gruppene høy grad av dysfunksjon på skolen, med signifikant høyere prosentandel av undervisningshjelp, deltagelse i spesialklasser (høyere prosentandel for ASD) samt underyting i matte og lesing. Nesten annenhver jente med enten ASD eller ADHD rapporterte å ha blitt eksponert for mobbing (Kopp et al., 2010).

ASD og ADHD versus kontrollgruppen

Jentene i det ikke-kliniske utvalget (kontrollgruppen) hadde signifikant færre psykiatriske diagnoser, høyere evnenivå (Fullskala IQ) og gjennomsnittlig bedre signifikant fungering, sammenlignet med jentene med ASD og ADHD. Videre hadde jentene med ADHD 7.5 ganger større risiko for å røyke sammenlignet med kontrollgruppen (Kopp et al., 2010).

4.1.3 Gaub og Carlson (1997)

I en studie av Gaub og Carlson (1997) ble det foretatt en kritisk evaluering av foreliggende forskningslitteratur, hvorav de så på kjønnsforskjeller ved ADHD. En metaanalyse ble anvendt, og 18 studier som møtte ulike kriterier ble inkludert. Da undersøkelsesvariablene varierte i de ulike studiene, ble utvalgte hoveddomener evaluert. Disse bestod av primært symptombilde, intelligens, akademisk fungering, komorbide eksterne/internaliserte vansker, sosiale ferdigheter, familievariabler samt motoriske ferdigheter. Innen hvert studie ble individuelle effektstørrelser (sammenligning av gutter og jenter med ADHD) kalkulert for hver variabel innenfor hvert domene (der hvor data var tilgjengelig). Effektstørrelsen ble målt med henholdsvis Cohens d (se avsnitt 2.4 vedrørende effektstørrelse). Signifikantesting av kjønnsforskjeller (funnet med effektstørrelse) ble foretatt ved hjelp av Chi-kvadrat (χ^2). En såkalt Q-test (statistisk analyse av varians) ble utført der det ble indikert signifikante forskjeller. Q statistikk undersøker for øvrig hvilke mulige variabler som kan fungere som moderatorer (Gaub & Carlson, 1997).

Det er flere begrensninger som gjør seg gjeldende ved denne studien. Et svakhet med metaanalyser generelt er at de kan legge like stor vekt på dårlige så vel som gode studier (Fostervold, 2010). Da denne studien er relativt gammel, kan dens aktualitet i henhold til generalisering være redusert. Videre er studien begrenset i forhold til manglende hensyn, hva gjelder utviklingsmønstre. Kun to av studiene med kjønnsforskjeller overveide effekten av alder i deres analyser. Inadekvate diagnostiske prosedyre er også en faktor som kan ha

begrenset studiens konklusjoner, da det kan ha forekommet variasjoner i diagnostiske prosedyrer ved de ulike studiene. Endelig kan effekten av ulike vurderingskilder (hva gjelder kartlegging av kjønnsforskjeller), ha påvirket metaanalysens funn (Gaub & Carlson, 1997). Disse begrensningene må tas i betraktning ved avlesning av de følgende funnene. Av plasshensyn vil kun enkelte resultater trekkes inn. Disse ble vurdert for å ha mest relevans.

Det ble ikke dokumentert for signifikante kjønnsforskjeller ved impulsivitet, akademisk fremføring (matematikk, lesing, staving, generell fremførelse), sosial/relasjonell fungering, finmotoriske ferdigheter, foreldres utdanningsnivå samt depresjon hos foreldre. Signifikante forskjeller ved effektstørrelse (sammenligning av jenter og gutter med ADHD) ble funnet ved 13 målinger (variabler), hvorav 4 av disse viste en tendens til variabilitet (alle hadde signifikante verdier med alfa-nivå under .10). Ved de 4 variablene fant man at jentene hadde tendenser til et lavere nivå av uoppmerksomhet, mindre internalisert atferd, mindre aggresjon mot jevnaldrende samt tendenser til lavere sosioøkonomisk status i familien (SES), sammenlignet med guttene (Gaub & Carlson, 1997). Videre modererte henvisende instans uoppmerksomhet, internalisert atferd, aggresjon samt misnøye med jevnaldrende. Lavere skårer ved disse variablene var mest karakteriserende hos jentene med ADHD, ved ikke-henvisende utvalg ($p < .01$ ved alle målinger). Ved klinisk-henvisende utvalg hadde jentene og guttene med ADHD like store vansker ved alle disse variablene (målinger ikke signifikante), (Gaub & Carlson, 1997).

Signifikante funn ble vist ved aggresjon mot jevnaldrende. Effektstørrelsen var signifikant større ved sammenligning mellom gutter med og uten ADHD, ved måling av aggresjon ($d = 1.219, p < .01$). Jentene med ADHD viste her en mindre effektstørrelse sammenlignet med jenter uten ADHD ($d = 0.759, p < .01$). Både jentene og guttene med ADHD viste derfor mer aggresjon sammenlignet med kontrollgruppe, men guttene hadde større tendenser til aggresjon enn jentene (Gaub & Carlson, 1997). Ved sammenligning av effektstørrelse ved diagnose, kjønn og henvisende instans, ble det funnet signifikans ved internalisert atferd samt ved aggresjon mot jevnaldrende. Jentene med ADHD i henvisende utvalg viste mer internalisert atferd enn jentene uten ADHD, sammenlignet med ADHD jentene i ikke-henvisende utvalg ($d = 1.272, p < .01$ versus $d = 0.346$, ikke signifikant). Ved denne målingen viste guttene med ADHD likt nivå ved begge utvalg ($d = 1.219, p < .01$ og $d = 0.737, p < .01$), (Gaub & Carlson, 1997). Ved analyse av aggresjon mot jevnaldrende ble det indikert at både jentene og guttene med ADHD var mer aggressive enn guttene og jentene

uten ADHD, dette gjaldt både ved henvisende og ikke-henvisende utvalg (Gaub & Carlson, 1997). Både foreldre og lærere vurderte guttene med ADHD for å ha større vansker enn jentene med ADHD, ved måling av uoppmerksomhet, hyperaktivitet samt ekstern atferd ($p < .01$ eller $p < .05$ ved alle målinger). Ved uoppmerksomhet og hyperaktivitet var forskjellene på effektstørrelse større ved lærervurdering enn foreldrevurdering. Effektstørrelsen for foreldrevurdering og lærervurdering var ikke signifikant forskjellig ved måling av ekstern atferd. Ved vurdering av impulsivitet var det signifikante forskjeller ved effektstørrelse ($p < .01$). Foreldre vurderte jentene med ADHD for å ha større vansker enn guttene med ADHD, mens lærervurderingene her indikerte større impulsivitetsvansker hos gutter enn hos jenter (Gaub & Carlson, 1997).

4.2 Hva sier empirien om aktuelle tiltak?

Det er av interesse å se på hvilke tiltak som kan være gjeldene for jenter med ADHD. Utfordringer med aggresjon og regelbryting hos gutter samt angst og nedstemthet hos jenter kan trenge særskilte tiltak (Bryhn, 2004). Det har i det foregående blitt antydnet at jenter og gutter har tendenser til like kjernesymptomer, men med et noe differensielt og varierende vanskeuttrykk. Det så ut til at vanskeuttrykk ble observert noe ulikt, avhengig av hvem jentene ble sammenlignet med (gutter versus jenter). På bakgrunn av dette stilles det spørsmål ved om like tiltak kan/bør anvendes på gutter og jenter, eller om disse to målgruppene trenger særskilte tiltak. Det er følgelig av betydning å se på hva ulike studier sier i henhold til aktuelle tiltak for jenter med ADHD.

4.2.1 Johnels, Kopp og Gillberg (2012)

Ved studien til Johnels, Kopp og Gillberg (2012) ble det sett på staveferdigheter hos jenter med og uten ADHD. Mer spesifikt ble atferd, psykolingvistikk, kognisjon og skriveferdigheter relatert til jentenes staveferdigheter. Utvalget bestod av 65 jenter mellom 10 og 16 år. Disse ble fordelt på tre grupper, hvorav den første bestod av jenter med svake staveferdigheter og ADHD ($n = 19$; videre kalt *ADHDPSP* gruppen), den andre bestod av jenter med typiske staveferdigheter og ADHD ($n = 11$; videre kalt *ADHDTYPSP* gruppen), og den siste innbefattet jenter med typisk utviklede/gode staveferdigheter uten ADHD ($n = 35$; videre kalt *TYPSP* gruppen). Alle jentene hadde evnenivå over 70 (målt med WISC-III), og ingen gikk på/hadde nylig gått på medikamentbehandling for ADHD. Jentene med ADHD var klinisk referert, mens jentene uten ADHD ble selektert fra et medisinsk register. Ulike

standardiserte tester ble brukt for å måle staving, ADHD symptomer, intellektuelle funksjoner, ortografisk og fonologiske avkodingsferdigheter, semantiske ferdigheter, eksekutive funksjoner (eks. tallrekke), sammenhengende prestasjoner (eks. reaksjonstid), håndskrift og skriftlig uttrykk. I tillegg ble skåringskjemaer for foreldre anvendt som supplement til enkelte tester. Den individuelle testingen ble foretatt på en klinikk og utført av spesialpedagoger. Korrelasjon (Pearsons r) og regresjonsanalyse ble blant annet anvendt for å måle samvariasjon, mens ikke-parametriske tester ble brukt for å vurdere slutningsstatistikk. De statistiske analysene ble vurdert som signifikante på alfa-nivå $p < .05$ (Johnels et al., 2012). Da deltakergruppene innbefattet jenter fra Sverige samt baseres på et klinisk utvalg, er det ikke gitt at deltakerne nødvendigvis er representative for jenter med ADHD i den generelle populasjon. Det må derfor tas høyde for at økologisk validitet samt populasjonsvaliditet kan være noe begrenset (se avsnitt 2.3, vedrørende ytre validitet).

Staving, evnenivå og eksekutive funksjoner

Funnene viste at ADHDPSP gruppen skåret to standardavvik under det normative gjennomsnittet på stavetesten. Dette var også signifikant lavere enn de to andre gruppene ($p < .001$ ved begge gruppesammenligninger), som for øvrig presterte nokså likt – begge innenfor normalvariasjon for normgruppen ($p > .99$). De tre gruppene hadde ikke differensielle skårer på evnetesten WISC-III, men ADHDPSP gruppen skåret lavere enn TYPSP gruppen på den verbale delen av IQ skaleringen ($p = .001$), (Johnels et al., 2012). Videre var det en signifikant forskjell mellom gruppene på tallrekke-testen (måler spesielt eksekutive funksjoner), hvorav ADHDPSP gruppen hadde marginalt lavere skårer enn ADHDTYPSP gruppen ($p = .08$), og signifikant lavere skårer enn TYPSP gruppen ($p = .003$). Også på denne testen hadde gruppene ADHDTYPSP og TYPSP nokså like skårer, dette var for øvrig ikke statistisk signifikant ($p > .99$), (Johnels et al., 2012).

Fonologiske, ortografiske og semantiske ferdigheter

Gruppene hadde ikke signifikante forskjeller på skårene som målte semantiske ferdigheter (vokabular). For øvrig hadde gruppene ulike skårer på den ortografiske og fonologiske avkodingen. ADHDPSP gruppen skåret her lavere på begge testene sammenlignet med ADHDTYPSP gruppen ($p = .004$ og $p = .013$) og TYPSP gruppen ($p < .001$ på begge gruppesammenligninger). ADHDTYPSP gruppen og TYPSP gruppen skåret likt på begge disse testene ($p > .99$ på begge gruppesammenligninger), (Johnels et al., 2012).

Finmotorikk, skriveferdigheter og skriftlig uttrykk

Kodingstesten og foreldrenes skåringer av jentenes håndskrift (målte skriveferdigheter/finmotorikk) viste signifikante forskjeller mellom de tre gruppene. TYPSP gruppen hadde bedre skårer enn ADHDPSP gruppen (koding: $p < .001$; håndskrift: $p = .03$), samt marginalt eller signifikant bedre skårer enn ADHDTYPSP gruppen (koding: $p = .06$; håndskrift: $p < .05$). Skriftlig uttrykk (målt med skåringskjema for foreldrene) var forskjellig i de ulike gruppene. Både ADHDPSP gruppen ($p < .001$) og ADHDTYPSP gruppen ($p = .025$) ble vurdert for å ha større vansker enn TYPSP gruppen, (Johnels et al., 2012).

Korrelasjonsmålinger

Funnene indikerte at gruppene ADHDPSP og ADHDTYPSP skåret forskjellig på ortografisk og fonologisk avkoding, tallrekke samt reaksjonstid. På bakgrunn av dette undersøkte Johnels et al. (2012) korrelasjonen mellom disse variablene og staving. En moderat til sterk signifikant korrelasjon ble funnet mellom variablene og staving, dette var gjeldende for alle jentene med ADHD. Kun ortografi korrelerte signifikant med staving hos jenter uten ADHD. Tallrekke korrelerte for øvrig signifikant med fonologi ved begge grupper. Videre ble det foretatt regresjonsanalyse for å undersøke hvilke alternative variabler som kunne predikere staving (se avsnitt 2.4 vedrørende regresjon). Både tallrekke og fonologi viste en signifikant prediksjon til staving, og det ble som følge av dette undersøkt om tallrekkenes effekt på staving var inkludert som en del av en mer omfattende fonologisk del. Endelig fant man at forholdet mellom tallrekke og staving var signifikant mediert av fonologisk avkoding ($Z = 2.04$, $p = .04$), (Johnels et al., 2012).

4.2.2 Skogli, Teicher, Andersen, Hovik og Øie (2013)

Skogli, Teicher, Andersen, Hovik og Øie (2013) foretok en studie der hensikten var å vurdere om det var en signifikant interaksjon mellom kjønn og diagnose i tilstedeværelsen av (komorbide) symptomer samt ved svekkelsen av eksekutive funksjoner (EF). Videre var hensikten å fremstille hvilke spesifikke symptomskåringer og EF-målinger som var av størst betydning for å kunne skille ADHD fra kontrollgruppen innenfor samme kjønn. Utvalget i studien bestod av 43 gutter med ADHD ($M = 11.2$ år), 37 jenter med ADHD ($M = 11.9$ år), en kontrollgruppe med 32 gutter uten ADHD ($M = 11.4$ år) samt en kontrollgruppe med 18 jenter uten ADHD ($M = 11.9$ år). Alle var mellom 8 og 17 år. Deltakerne med ADHD ble rekruttert fra syv mentale-helsesentre, og de to kontrollgruppene ble rekruttert fra lokale

skoler. Av ulike utvalgskriterier kan nevnes at deltakerne med ADHD ikke kunne ha et evnenivå (Fullskala-IQ) mindre enn 70, i tillegg kunne de ikke gå på medikamenter. Videre kunne ikke kontrollgruppene ha tidligere psykiske diagnoser. Gruppene viste for øvrig signifikante forskjeller vedrørende evnenivå ($F(3,126) = 4.60, p = .004$), her målt med WAIS (Skogli et al., 2013).

For å vurdere symptombildet (inkludert komorbide symptomer) ble det anvendt 4 ulike måleverktøy, hvorav CBCL selvurderingsskjema og foreldreskjema var to av disse. Selvurderingsskjemaene RCMA-2 og STAIC ble anvendt for å måle angstsymptomer samt angstens tendenser og tilstand, og selvurderingsskjemaet SMFQ ble brukt for å måle depressive symptomer. Høye skåringer på disse skjemaene indikerte større grad av vansker. Videre ble eksekutive funksjoner vurdert ved hjelp av BRIEF foreldreskjema, samt nevropsykologiske tester som målte arbeidsminne, forstyrrelse (ordforstyrrelse), kognitiv fleksibilitet, planleggingsevne og taleferdighet. Lave skårer på disse testene indikerte større vansker, mens høye skårer på BRIEF indikerte større grad av vansker. De tre vurderingsområdene (symptomvurdering, BRIEF, nevropsykologiske EF-tester) ble undersøkt ved hjelp av ANOVA (analyse av varians) og Random Forest Classification (en algoritmisk modelleringsteknikk). Random Forest Classification ble vurdert som en bra metode for å avgjøre hvilke variabler som var av størst betydning for å skjelne deltakerne med ADHD fra kontrollgruppen (Skogli et al., 2013). Det påpekes at utvalget i denne studien kan ha ledet til en begrensning, hva gjelder generalisering. Deltakerne ble rekruttert fra et utvalg med refererte/henviste personer, noe som medfører at utvalget ikke nødvendigvis er representativt for alle individer med ADHD i den generelle populasjonen (se avsnitt 2.4.2 vedrørende seleksjon). De fremstilte funnene bør derfor generaliseres på bakgrunn av dette. I tillegg påpekes det at utvalget bestod av både jenter og gutter, og studiens aktualitet begrenses derfor med tanke på oppgavens tematikk, hvorav målet var å undersøke jenter sammenlignet med jenter. De presenterte funnene ble likevel vurdert som interessante.

To statistiske tilnærminger/metoder ble utført, hvorav den første (ANOVA) testet om det var en signifikant interaksjon mellom kjønn og diagnose langs en rekke med avhengige variabler. Funnene fra denne statistiske analysen viste en markert gruppeforskjell mellom deltakerne med ADHD (både gutter og jenter) og kontrollgruppene, i henhold til symptomvurdering. Det var omtrent en parallell økning i symptomvurderinger og diagnoser på tvers av kjønn. Den eneste signifikante interaksjonen mellom diagnose og kjønn ble funnet ved vurdering av

fysiologisk angst på skjemaet RCMAS-2 ($F(1,124) = 10.46, p < .002$). Videre var det signifikante gjennomsnittsforskjeller ved diagnose på flere av EF-målingene, inkludert måling av arbeidsminne, forstyrrelse (ordforstyrrelse), taleferdighet, og kognitiv fleksibilitet. Alle hadde her signifikante verdier, med alfa-nivå på .001. Det ble ikke funnet signifikante interaksjoner mellom kjønn og diagnose ved disse målingene. Videre var det robuste gruppeforskjeller mellom foreldrenes vurderinger av deltakerne med ADHD og kontrollgruppen, ved skjemaet BRIEF ($p < .001$ ved alle målinger). Likevel var ingen av vurderingene ved BRIEF signifikante ved kjønn, ei heller ved interaksjon av gruppe og kjønn (Skogli et al., 2013). I den andre statistiske tilnærmingen/metoden (Random Forest Classification) ble det foretatt en evaluering av undersøkelsene og målingenes (symptomvurdering, BRIEF, EF-testskårer) evne til å kunne predikere hvorvidt deltakerne møtte kriteriene for ADHD, og om den viktigste prediktorvariabelen i hver domene var den samme for gutter og jenter. Funnene her indikerte at symptomvurdering (inkludert komorbide symptomer) var betydelig bedre i å skjelne deltakerne med ADHD fra kontrollgruppen hos jenter (93% nøyaktighet) enn hos gutter (86% nøyaktighet). Den mest utmerkede variabelen var selvurdering av angst (internaliserte symptomer) hos jenter, samt foreldrevurdering av regelbrytende atferd (eksternaliserte symptomer) hos gutter. Foreldrevurdering av eksekutive ferdigheter (BRIEF) var bedre til å skjelne deltakerne med ADHD fra kontrollgruppen hos gutter (96% nøyaktighet), enn hos jenter (92% nøyaktighet). Arbeidsminne (vurdert med BRIEF) var den mest avgjørende og utmerkede variabelen hos begge kjønn, i tillegg var evnen til planlegging og organisering utmerket hos jenter. Videre hadde de nevropsykologiske EF-testene kun en middels evne til å kategorisere deltakerne med ADHD fra kontrollgruppen, med 73% nøyaktighet hos gutter samt 79% nøyaktighet hos jenter. De spesifikke EF-testene viste en indikasjon på kjønnsforskjeller, hvorav kognitiv fleksibilitet og taleferdighet var de variablene som utmerket seg mest hos guttene, mens arbeidsminne og forstyrrelse (ordforstyrrelse) utmerket seg mest hos jentene (Skogli et al., 2013).

4.2.3 Rucklidge og Tannock (2001)

Ved en studie gjennomført av Rucklidge og Tannock (2001), var hensikten å se på den psykiske, psykososiale og kognitive fungeringen hos jenter med ADHD, samt å sammenligne deres fungering med jenter uten ADHD (kontrollgruppe) og gutter med ADHD. En kontrollgruppe med gutter uten ADHD ble også inkludert i studien, dette for å se på kjønnsforskjeller ved ikke-diagnostiske barn. 107 deltakere, alle i alderen mellom 13 til 16,

deltok i studien. Av disse hadde 24 jenter samt 35 gutter ADHD, videre hadde 28 jenter og 20 gutter ingen diagnose. Alle deltakerne ble rekruttert fra enten psykiatrisk avdeling, barnelegekontorer eller sykehus (klinisk utvalg). Lavt evnenivå (IQ under 80), vansker med syn og hørsel samt alvorlige medisinske vansker, ble satt som ekskluderende kriterier for alle gruppene. I tillegg kunne ikke jentene og guttene i kontrollgruppene ha fått påvist tidligere vansker med oppmerksomhet, hyperaktivitet eller impulsivitet. Ingen av deltakerne var medisineret med stimulerende medikamenter under tiden da undersøkelsen fant sted (Rucklidge & Tannock, 2001). Kartlegging av symptomer, atferd og diagnose hos deltakerne, ble blant annet foretatt med strukturerte intervjuer og kartleggingsverktøy. Eksempelvis ble Conners Rating Scales Revised og K-SADS-PL benyttet, hvorav sistnevnte er et strukturert intervju skjema som vurderer følelsesmessige lidelser samt schizofreni, basert på DSM kriterier (Kaufman et al., 1997, ref. i Rucklidge & Tannock, 2001). Videre ble 9 måleinstrumenter anvendt for å vurdere angst, depresjon, bekymring, rusmisbruk, attribusjonsstil, indre og ytre årsaklokalisering av hendelser (*locus of control*), positive og negative livshendelser, persepsjon av misnøye i barndommen samt akademisk og intellektuelt evnenivå. Alle målingene ble utført med strukturerte intervjuer, skåringskjemaer og tester, hvorav disse ble foretatt på et forskningssenter for helse og barneleger. En klinisk psykolog utførte alle psykiatriske intervjuer, mens psykologistudenter administrerte skåringskjemaene og testene. Disse studentene var for øvrig ikke kjent med deltakernes diagnosetilstand. Videre ble statistiske analyse utført med MANOVA (multiple analyse av varians) og ANOVA, signifikanttesten Wilks λ ($p < .05$), Chi-kvadrat χ^2 (for gruppesammenligning) samt Cohens effektstørrelseskorrelasjon (Rucklidge & Tannock, 2001). Flere begrensninger kan trekkes frem ved studiet, hva gjelder trusler mot validitet og derav mulighet for videre generalisering. Det ble ikke foretatt randomisert seleksjon, da rekrutteringen av gruppene ble utført selektivt og forhåndsbestemt (se avsnitt 2.4.2 vedrørende utvalg og seleksjon). Utvalget var klinisk, og det er derfor usikkert i hvilken grad funnene er representative for populasjonen. Videre tok ingen av deltakerne stimulerende medikamenter under undersøkelsesperioden, men det var likevel noen av deltakerne som brukte annen medikasjon (10.2% av de to kliniske utvalgsgruppene), og man har ikke kjennskap til om dette kan ha påvirket de endelige forskningsfunnene (se avsnitt 2.3.1 vedrørende kontroll og indre validitet). Det tillegges også at denne studien ble foretatt i Canada for over ti år siden, noe som får betydning for populasjonsvaliditet og økologisk validitet (se avsnitt 2.3.2 i henhold til ytre validitet). Studien ble likevel vurdert som aktuell for å kunne belyse uttryksbildet til jenter med ADHD.

Utvalgets karakteristika, psykiatriske profiler og klinisk presentasjon

Det ble ikke funnet noen forskjell mellom gruppene vedrørende alder og foreldrenes sivilstatus, (gjennomsnittsalderen var rundt 15 og de fleste hadde gifte foreldre). Det ble for øvrig funnet en gruppeforskjell ved foreldrenes utdanningsnivå ($F(9,245.96) = 2.591, p = .007$). Her fant man at fedrene til jentene med ADHD hadde lavere utdanningsnivå enn fedrene til jentene uten ADHD. Kartleggingsverktøyene Conners (for lærere, foreldre og selvvurdering) og The Revised Ontario Child Health Study Scales (OCHSS; Boyle et al., 1993, ref. i Rucklidge & Tannock, 2001) ble brukt for å bekrefte vansker med eksternalisert og internalisert atferd. Signifikante gruppeforskjeller ble funnet ved alle skåringskjemaene ($p < .001$ ved alle målinger). Videre var det signifikante forskjeller mellom jentene med og uten ADHD, ved alle Conners skjemaene samt ved OCHSS (skåringskjema for lærere, foreldre og selvvurdering som måler atferd), hvorav disse viste at jentene med ADHD hadde større vansker enn jentene uten ADHD. Jentene med ADHD ble også vurdert med signifikante høyere skårer enn guttene innenfor flere av områdene på Conners. Det var ingen gruppeforskjell mellom guttene og jentene med ADHD i henhold til alder ved stilt diagnose ($F(1,57) = .606$, ikke signifikant). Gjennomsnittsalderen hos jentene var her 10.67 år ($SD = 3.94$) og 9.94 år ($SD = 3.18$) hos guttene. 58.3 % av jentene med ADHD og 45.7 % av guttene med ADHD hadde minst en tilleggsvanske. Gruppeforskjeller hva gjelder hyperaktive/impulsive symptomer, ble funnet ved analyse av foreldreintervjuene K-SADS ($F(1,57) = 4.795, p = .033$). Jentene med ADHD viste her mer symptomer enn guttene, da de hadde 7.08 ($SD = 1.50$) uoppmerksomme symptomer og 3.58 ($SD = 2.41$) hyperaktive/impulsive symptomer. Guttene på sin side, hadde 6.51 ($SD = 1.80$) uoppmerksomme symptomer og 2.29 ($SD = 2.11$) hyperaktive symptomer (Rucklidge & Tannock, 2001).

Psykososiale vurderinger

Jentene med ADHD rapporterte mer angst, mer fysiologiske symptomer av angst samt mer sosiale bekymringer og konsentrasjonsvansker, sammenlignet med jentene uten ADHD. Ved måleinstrumentet som måler depresjon fant man at jentene med ADHD rapporterte mer depressive symptomer, ulykkelighet, ineffektivitet og negativ selvfølelse enn både jentene uten ADHD samt guttene med ADHD (p var enten .05 eller .01). De rapporterte også mer negativt humør samt mer mellompersonlige vansker enn jentene uten ADHD, men disse funnene var for øvrig ikke signifikante. Videre ble det funnet, ved måleinstrumentet som

målte bekymring, at jentene med ADHD hadde høyere vanskegrad ved de fleste kategoriene sammenlignet med både jentene uten ADHD og guttene med ADHD (p var enten .05, .01 eller .001). Ved måling av misnøye rapporterte jentene med ADHD mer misnøye i henhold til lærerrelasjon, sammenlignet med jentene uten ADHD ($p < .01$). Og ved måleinstrumentet som så på positive og negative hendelser, rapporterte jentene med ADHD mer negative hendelser enn jentene uten ADHD ($p < .05$). Videre rapporterte de at disse negative hendelsene hadde en større effekt på dem, sammenlignet med både jentene uten ADHD og guttene med ADHD (p var .05 og .01). Effektstørrelsene varierte fra liten til medium (Rucklidge & Tannock, 2001). Jentene med ADHD rapporterte også mer ytre og stabil attribusjon ved negative hendelser samt mer ekstern *locus of control*, sammenlignet med jentene uten ADHD ($p < .001$ ved begge målinger). Det ble ikke funnet noen signifikante gruppeforskjeller hva gjelder rusmisbruk, men jentene med ADHD rapporterte mer nåtidig selvmordstanker ($\chi^2(1,52) = 5.056, p = .025$) og likeledes mer tidligere selvmordstanker ($\chi^2(1,52) = 6.068, p = .014$), sammenlignet med jentene uten ADHD. De rapporterte også mer tidligere selvskading ($\chi^2(1,52) = 5.094, p = .024$), (Rucklidge & Tannock, 2001).

Kognitive og akademiske vurderinger

Det ble funnet signifikante gruppeforskjeller ved evnenivåtesten WISC-III ($F(27,263.49) = 2.626, p < .001$). Her hadde jentene med ADHD blant annet lavere skårer ved generelt evnenivå ($p < .01$) samt ved indeksene som målte prosesseringshastighet ($p < .01$), sammenlignet med jentene uten ADHD. I tillegg hadde jentene med ADHD høyere skårer ved koding og prosesseringshastighet, sammenlignet med guttene med ADHD ($p < .05$ ved begge målinger). Ved prestasjonstesten WRAT-III (Wilkinson, 1993, ref. i Rucklidge & Tannock, 2001), hadde jentene med ADHD lavere skårer enn jentene uten ADHD. Dette gjaldt både ved lesing ($p < .05$) og staving ($p < .001$), så vel som ved regning ($p < .001$), (Rucklidge & Tannock, 2001).

5 Tolkninger og drøfting av funn

I følgende kapittel vil funnene fra kapittel 4 bli drøftet. Alternative tolkninger vil bli foretatt der hensikten er å belyse oppgavens problemstillinger. Her vil også andre studier og teorier bli implementert. Dernest vil betydningen av kunnskapsnivå og kunnskapsmangler bli drøftet, og avslutningsvis presenteres forslag til videre forskning. Bevissthet rundt tolkningsprosesser ble omtalt i avsnitt 2.1, og dette danner følgelig en referanseramme for kapitlet. Videre må tolkninger og drøfting ses i lys av studienes metodologiske begrensninger hva gjelder validitet. Denne validiteten har for øvrig blitt fremhevet og vurdert løpende i oppgaven. Den ble også vurdert i forrige kapittel, og anses naturligvis som en fundamental ramme for mulige videre generaliseringer. Følgende fremstilling gjøres altså på bakgrunn av de validitetsbegrensningene som allerede er fremsatt.

5.1 Hvordan kommer ADHD til uttrykk hos jenter?

Tidligere har vi sett at jenter med ADHD gjerne har like kjernesymptomer som gutter, men at disse kommer til uttrykk på ulike måter. ADHD kan altså forstås som like tyngende for jenter, noe som henholdsvis understreker viktigheten med å fange opp denne målgruppen. Slik det fremgikk i kapittel 3, tenderer jenter og gutter å ha ulike komorbide vansker. Jentene ser ut til å ha mer internaliserte vansker slik som depresjon og angst. Her er det for øvrig noe ulike funn i de forskjellige studiene. Det kan se ut til at forståelsen vedrørende jentenes vanskeuttrykk og symptomer påvirkes som følge av hvilket kjønn de sammenlignes med. Det lyktes ikke å finne forskning som undersøkte spesifikke uttrykk hos jenter med ADHD, men flere belyste likevel jentenes vansker.

5.1.1 Sosiale og emosjonelle karakteristika

Ved studien til Grskovic og Zentall (2010) hadde jentene med ADHD lavere skårer i matematikk og lesing, sammenlignet med kontrollgruppen. Dette ses også i studien til Hinshaw et al. (2012) der det ble funnet at jentene med ADHD hadde lavere skårer i lesing og matematikk, sammenlignet med kontrollgruppe (se avsnitt 3.4.4). Disse funnene kan tyde på at dette er vanskeområder som lærere og PP-rådgivere bør merke seg ved mistanke om ADHD, så vel som ved kartlegging av ADHD hos jenter. Forebygging av lesevansker og matematikkvansker anses følgelig for å være aktuelle tiltak. Videre ble jentene med ADHD gjennomgående vurdert for å ha mer hyperaktivitet og dårligere sosiale ferdigheter enn

kontrollgruppen og lærevanskegruppe, i tillegg skåret de høyest på målingen ”liker å snakke”. Slike funn støttes av blant annet Mick et al. (2010), hvorav disse fant at jentene med ADHD hadde atferdsvansker (impulsivitet/hyperaktivitet), og at slike vansker predikerte vedvarende symptomer ved utvikling (se avsnitt 3.4.4). Til tross for atferdsvansker hos jenter, tenderer likevel flere gutter å få diagnosen ADHD hovedsakelig hyperaktiv/impulsiv type (DuPaul et al., 2006). En mulig forklaring til dette kan være at jenter sammenlignes med gutter, og at de ved denne sammenligningen fremstår som mer internalisert, derav med mindre eksternaliserte vansker. Jentenes vansker kommer med andre ord i skyggen av guttenes vansker. På bakgrunn av dette stilles det spørsmål om det er mer heldig at jenter sammenlignes med jenter? Dette ble omtalt i avsnitt 3.4, og det foreslås at et slikt tema tas til vurdering ved videre forskning av jenter med ADHD. En annen forklaring til skjevhet ved diagnostisering av ADHD type kan være differensielle uttrykk hva gjelder hyperaktivitet. Grskovic og Zentall (2010) fant at jentene ikke viste store motoriske bevegelser (slik man ser hos gutter), men heller mer verbal impulsivitet. Noe som også er blitt påpekt av Haugland og Tangen (2012) tidligere i oppgaven. Et uttrykksbilde som innbefatter verbal impulsivitet og mye muntlig aktivitet forstås derfor som aktuelt hos jenter med ADHD. Lærere og PP-rådgivere oppfordres til bevissthet rundt dette.

Grskovic og Zentall (2010) fant også at jentene med ADHD ble vurdert for å ha mye uregulerte emosjoner. De var mer sta, lunefulle, overreagerende og sinte. Videre bekymret de seg mer og følte mer skyldfølelse. Tidligere i oppgaven ble det vist at jenter med ADHD har større risiko for komorbide vansker (stemningslidelser, forstyrrende atferd, angst) sammenlignet med kontroll (Mick et al., 2010). Jenter med ADHD har større sannsynlighet for emosjonelle vansker, og lærere og PP-rådgivere bør vektlegge dette ved identifisering. Refleksjon rundt emosjonelle uttrykk hos jentene er derfor av aktualitet. Som følge av dette foreslås strategier for regulering av emosjoner som et godt tiltak. Videre fant Grskovic og Zentall (2010) at jentene med ADHD vurderte seg selv for å delta i mer uanstendig atferd enn de andre jentene. De hadde også et lavere selvbilde enn kontrollgruppen. Dette lave selvbildet korrelerte med selvurdert uanstendig atferd, uoppmerksomhet samt sosiale ferdighetsvansker. Tyder dette på at jentene er bevisste over egne vansker, og at disse vanskene påvirker jentes selvbilde direkte? Lavt selvbilde var ikke relatert til impulsivitet og hyperaktivitet ved egenvurdering (kun ved foreldrevurdering), men for øvrig relatert til uanstendig atferd. Indikerer disse funnene at jentene er i stand til å skille mellom atferd? Tolker de impulsivitet og hyperaktivitet som noe konstruktivt, slik at de selv ikke anser dette

for å være uhensiktsmessig atferd? Eller kan funnene forklares med at jentene rett og slett ikke er bevisst over sin egen impulsivitet og hyperaktivitet? Dette er foreløpig usikkert. Et interessant funn ved studien til Grskovic og Zentall (2010) er at jentene var bevisste over at de tenderte å overreagere med sterke følelser, og de vurderte seg selv også som mer engstelige. Hvis denne erkjennelsen gjelder for flere jenter med ADHD, så kan dette anses som en positiv forutsetning hva gjelder tiltak. Nussbaum (2012) understreker viktigheten med å hjelpe jenter med sosial trening som en del av behandlingen for ADHD. Dette forstås som svært aktuelt, ikke minst siden jentene viser tegn til egen bevissthet, men også på grunn av tendenser til uanstendig atferd. Det anses som svært fordelaktig hvis det er slik at jentene er seg selv bevisste, og man kan anta at dette vil bidra til økt nytte av sosial trening. Jentene med ADHD hadde tilsvarende prososial atferd som kontrollgruppen (innenfor normalvariasjon for normgruppen), og høyt selvbilde viste seg å korrelere med prososial atferd (Grskovic & Zentall, 2010). Dette er informativt hva gjelder aktuelle tiltak, og det fremviser også viktigheten med sosial trening, slik som Nussbaum (2012) påpeker. Å engasjere jentene i sosiale aktiviteter og idrett foreslås som gode tiltak og en beskyttelsesfaktor. Her kan de danne relasjoner og vennskap samt bygge opp konstruktiv atferd (Grskovic & Zentall, 2010). Å forsterke engasjement i skoleaktiviteter og idrett ses som et relativt enkelt tiltak, og det kan bidra til å styrke jentenes prososiale atferd og derav øke deres selvbilde (Grskovic & Zentall, 2010). Jentene med ADHD tenderte altså å være bevisste over sin sosiale og emosjonelle stil, og på bakgrunn av dette kan det hende at de responderer på tiltak som hjelper dem å forstå samt regulere impulsiv og uanstendig aktivitet.

5.1.2 Symptomer, karakteristika og komorbide vansker

I studien til Kopp et al. (2010) ble det funnet at gjennomsnittsalderen for stilt ADHD diagnose hos jentene var 13 år. Flere av jentene med ADHD hadde tidligere fått profesjonell hjelp (48%), men ingen hadde brukt medikamenter. Dette har også blitt påpekt ved andre studier (blant annet Bauermeister et al., 2007; Lillemoen et al., 2012), hvorav disse har antydnet at gutter mottar mer medikamenter enn jenter. Det har ikke blitt funnet sikre årsaksforklaringer til dette, men mulige antakelser er at jentene enten blir oversett, eller at de rett og slett ikke har et like stort behov for medikamenter ved tidlig alder. Studien til Lillemoen et al. (2012) fant at kvinner mottok medikamenter over en lengre periode enn menn, noe som kan bety at vanskene eller behovet økes betraktelig ved senere alder. På den annen side kan dette også indikere at yngre jenter med ADHD ikke blir fanget opp. Dette er

foreløpig usikkert. Studien til Kopp et al. (2010) viste videre at jentene med ADHD hadde større oppmerksomhetssymptomer enn impulsivitet og hyperaktivitet, men at ADHD kombinert type var mest vanlig i alle aldersgrupper. Disse funnene strider mot tidligere antakelser om at jenter oftere har ADD (se blant annet Øgrim, 2004, ved avsnitt 3.4.3), og at ADD kan forstås som jentenes versjon av ADHD. DuPaul et al. (2006) fant i deres studie at jentene hadde større tendens til å tilfredsstille kriteriekravene for uoppmerksom type, sammenlignet med gutter. Dette var likevel ikke signifikant (se avsnitt 3.1.2). Videre fant Bauermeister et al. (2007) at omsorgsgivere ikke vurderte jenter for å ha en større tendens enn gutter til uoppmerksom type (se avsnitt 3.1.2). Studien til Kopp et al. (2010) sammenlignet for øvrig jenter med jenter (og ikke med gutter), noe som øker funnenes aktualitet (i forhold til andre studier som inkluderer begge kjønn). Antagelser som knytter jenter til ADD forstås som uheldig, og det bør åpnes for en større tenkelighet at jenter på lik linje som gutter har tendenser til ADHD kombinert type.

Videre fant Kopp et al. (2010) at flere jenter med ADHD også hadde ASD (29 % av jentene hadde autistiske trekk). Jentene med ASD og ADHD viste seg å ha like målinger av symptomer hva gjelder atferd og emosjoner, samt likt mønster ved komorbide vansker. Dette gjaldt spesielt depresjon, separasjonsangst, ODD, OCD, tics, vannlating samt søvnforstyrrelser. Begge gruppene hadde høy grad av dysfunksjon på skolen, men likevel et evnenivå innenfor normalvariasjon for normgruppen. Underbygning i matematikk og lesing forekom hyppig i de to gruppene. Tilsvarende funn ble vist i studien til Grskovic og Zentall (2010), og evnenivå innenfor normalvariasjon for normgruppen ser derfor ut til å være vanlig hos jenter med ADHD, likeså vansker vedrørende lesing og matematikk. Lesevansker og matematikkvansker vurderes som høyst aktuelt ved kartlegging og identifisering av jenter med ADHD. Funnene fra studien til Kopp et al. (2010) hentyder at ADHD så vel som ASD bør vurderes når jenter viser sosiale og/eller oppmerksomhetsvansker. Det stilles likevel spørsmål om hvor vanlig autistiske trekk er hos jenter med ADHD, og hvorvidt slike antakelser egner seg til generalisering.

5.1.3 Kjønnsbaserte ulikheter

Ved metaanalysen til Gaub og Carlson (1997) ble det funnet kjønnsforskjeller ved atferd. Jentene viste blant annet mindre hyperaktivitet, færre atferdsforstyrrelser, mindre ekstern atferd, og mer intellektuelle svekkelse. Dette til tross for at guttene og jentene hadde likt

evnenivå, noe som kan tyde på at den kognitive fungeringen er ulik. Det ble ikke funnet kjønnsforskjeller ved impulsivitetsnivå, akademisk framførelse, sosial fungering, finmotoriske ferdigheter, utdanningsnivå hos foreldre samt foreldredepresjon (Gaub & Carlson, 1997). Dette støtter antagelser om at jenter og gutter tenderer å ha like stor grad av vansker vedrørende ADHD, og det argumenteres for at jenter med ADHD bør få mer aksept som målgruppe.

Et nevneverdig tema i studien til Gaub og Carlson (1997) er betydningen av henvisende instans samt problemet med sosial kontekst vedrørende kartlegging. Forskerne fant at jentene med ADHD tenderte å ha mindre uoppmerksomhet, internalisert atferd, aggresjon og misnøye mot jevnaldrende, sammenlignet med gutter. Dette viste seg spesielt ved det ikke-henvisende utvalget. Ved det klinisk-henvisende utvalget hadde jentene og guttene like store vansker ved disse variablene. Dette ses i likhet med studien til DuPaul et al. (2006), der de fant at jenter og gutter hadde like tendenser hva gjelder akademiske, emosjonelle, atferdsmessige og sosiale vansker (vurdert av lærere). Utvalget ved denne studien var for øvrig skolebasert og ikke klinisk, noe som står i motsetning til funnene til Gaub og Carlson (1997). Videre hadde både jentene og guttene med ADHD mer aggresjon enn kontrollgruppen, men guttene hadde enda sterkere tendenser. Dette støtter tidligere antakelser om at gutter er mer aggressive og jenter mer innadvendte (Haugland & Tangen, 2012). Foreldre og lærere vurderte gutter for å ha mer vansker med uoppmerksomhet, hyperaktivitet og eksterialisert atferd. Foreldre (men ikke lærer) vurderte jenter for å ha større impulsivitetsvansker enn gutter. En forklaring til dette kan være at de har et annet grunnlag for sammenligning enn lærere. Foreldre sammenligner muligens sine døtre med jevnaldrende jenter, mens lærere sammenligner jenter med gutter i klasserommet – derav en annen sosial kontekst. Ved sammenligning i klasserommet vil kanskje kun de jentene med et likt uttrykt som gutter bli oppdaget? Dette er uheldig fordi det betyr at kun de jentene med mest (ekstreme) eksternaliserte ADHD vansker blir oppdaget. Gaub og Carlson (1997) fant at jentene med ADHD i det ikke-henviste utvalget hadde mindre vansker enn guttene, og de ble også vurdert med mindre ekstern atferd av foreldre og lærere. I det henviste utvalget var differansen mindre mellom gutter og jenter, noe som kan tyde på at jentene har like store vansker som guttene, og at vanskeområdene mest sannsynlig er like. Dette understreker faren med å overse jenter med ADHD. Tilføyende kan det hende at kun de jentene med mest ekstreme og eksternaliserte vansker blir henvist videre, og at lærere overser andre jenter med ADHD. Tidligere i oppgaven ble det påpekt at cirka 6 – 9 ganger flere gutter enn jenter blir

henvist for utredning (se avsnitt 3.1.1). En forklaring her kan være at de kommer i bakgrunnen av guttenes mer eksternaliserte uttrykk. Sciutto, Nolfi og Bluhm (2004) utførte en studie der det ble undersøkt hvilken effekt kjønn og ADHD symptomer hadde på læreres avgjørelse vedrørende henvisning. Resultatene indikerte at lærerne ($n = 199$) hadde en større tendens til å henvise gutter enn jenter, uavhengig av symptomtype/ADHD profil. Den største kjønnsforskjellen blant henviste case var for barn som fremviste hyperaktivitet uten uoppmerksomhet og aggresjon, hvorav flere gutter enn jenter ble henvist. Som følge av disse funnene ble det foreslått at ulikheter i læreres persepsjon av gutter og jenters atferd kan bidra til kjønnsforskjeller ved henvisning av ADHD (Sciutto et al., 2004). En slik persepsjon forstås som svært uheldig, spesielt hvis den medfører en skjevhet ved henvisning.

5.1.4 Betydningen av holdning og forventning ved vurdering av ADHD

Flere spørsmål bør stilles før man definerer noe som et atferdsproblem. For hvem er atferden vanskelig? Hva er hensikten med å definere noe som et problem? Hva gjør dette med vår holdning til barnet og de tiltakene som iverksettes? (Lund, 2012). Det har blitt antydnet at gutter har en høyere forekomst av ADHD i forhold til jenter (spesielt ved ikke-henvisende utvalg). Det eksisterer altså en skjev kjønnsmessig (vurdering av) forekomst, og den endelige forklaringen på dette er foreløpig uklar. Ved avsnitt 3.3.2 fremgikk det at kartlegging og vurdering av ADHD påvirkes av sosiale faktorer, og miljøets betydning spiller derav inn ved vurderingen. Refleksjon rundt dette anses som hensiktsmessig ved vurdering av jenters vansker med ADHD. Blir jenter oversett fordi de blir behandlet annerledes? Har man andre holdninger og forventninger til jenter sammenlignet med gutter, som resulterer i at man ikke vurderer jentenes uttrykk som vansker relatert til ADHD?

Gaub og Carlson (1997) fant som nevnt at kjønnsforskjellene var større ved ikke-henvisende utvalg (her hadde jentene mindre vansker), og påpekte som følge av dette at kjønnsforskjeller medieres av henvisende instans. Langlete (2004) påpeker at forekomst (blant kjønnsforskjeller ved henvisning til hjelpeapparat) avhenger av hvem som fyller ut kartleggingsskjemaene. Videre fremhever Langlete (2004) at enkelte forskningsresultater viser at lærere underrapporterer når det gjelder jenter med ADHD-problemer, og at årsaken til dette kan være at jenter vurderes etter normen for hva man tenker er plagsomme avvik hos gutter i form av utagerende atferd og aggresjon. Slike utsagn kan støttes av studien til Lambek, Trillingsgaard, Kadesjö, Damm og Thomsen (2010), hvorav kartleggingsverktøyet

5-15 (foreldreskjema) ble anvendt for å undersøke kjønnsforskjeller ved uoppmerksomhet, hyperaktivitet samt impulsivitet. Her ble det spesielt lagt vekt på ulikheter mellom klinisk-henvisende utvalg (disse hadde ADHD diagnose) og ikke-henvisende utvalg (disse hadde vansker med hyperaktivitet/impulsivitet og oppmerksomhet, men var ikke blitt stilt en diagnose). Studien foreslo, på bakgrunn av foreldrevurderinger, at ikke-henviste gutter var mer hyperaktive/impulsive enn ikke-henviste jenter, mens klinisk-henviste jenter og gutter med ADHD var mer like heller enn ulike. Lambek et al. (2010) konkluderte med at bruk av kjønnsblandede normative utvalg kan lede til en overestimering av svekkelser hos gutter med ADHD. Dette støtter forslaget om at jenter med ADHD bør sammenlignes med jenter, og ikke gutter. Videre har Jackson og King (2004) foreslått "the halo effect" som en forklaring på den skjeve vurderingen av ADHD ved de ulike kjønnene. Denne betegnelsen blir anvendt i litteratur, og refererer til hvilken grad en diagnose eller en kategorisering av en type atferd påvirker ens persepsjon av (hvordan en ser eller forholder seg til) en annen diagnose (Jackson & King, 2004). Altså er det snakk om en form for generalisering, hvorav tidligere antakelser påvirker ens fremtidige vurderinger – det man allerede vet påvirker ens syn på ting. Eksempelvis kan man foreta en slags forventning som påvirker ens syn på en bestemt sak.

Snildal og Torgunrud (2013) gjennomførte en norsk pilotundersøkelse der de kartla læreres kunnskap om ADHD, samt undersøkte sammenhengen mellom lærerens teoretiske kunnskap og kvaliteten på de tiltakene som iverksettes for elevene med ADHD. I tillegg ble det sett på om gruppeveiledning er en egnet metode for å hjelpe lærere til å finne gode tiltak for elever med ADHD. Bakgrunn for undersøkelsen var læreres holdninger, da disse ofte har ulike holdninger til elevgruppen med ADHD. Det ble antatt at det er en nær sammenheng mellom kunnskapsnivået om ADHD hos lærerne, lærerens holdninger til elevene (hvordan man forstår vanskene) og hvilke tiltak man velger å iverksette (Snildal & Torgunrud, 2013). Fører økt kompetanse til økte tiltak (handling)? Pilotprosjektet ga indikasjoner på at økt kompetanse hos lærerne og utprøving av tiltak førte til økt trivsel hos elevene, ingen av disse funnene var for øvrig signifikante. Lærerne rapporterte en nedgang i antall symptomer på ADHD hos elevene som deltok i prosjektet, dette var heller ikke signifikant (Snildal & Torgunrud, 2013). Etter prosjektet oppgav alle lærerne at de ville anbefalt prosjektet videre til andre kolleger. Det ble konkludert med at veiledningsprogram, der målet er kompetanseheving, er av nytte for skolen. I tillegg ble det foreslått at PPT kan gjennomføre slike program. Det knyttes likevel mange utfordringer til slikt system-rettet arbeid, men dette kan være en viktig prioritering, da det kan komme elevene til gode i klasserommet (Snildal &

Torgunrud, 2013). En alternativ løsning på den skjeve kjønnsfordelingen ved forekomst (og kartlegging av vansker) av ADHD, fremheves av Waite (2007). Hun påpeker viktigheten med å skape/spre bevissthet samt å redusere foreliggende stereotypiske antakelser. Videre argumenterer Waite (2007) for at det kun ved hjelp av kjønnsensitive kartleggingsteknikker, diagnostisering og behandling vil være mulig å kunne rette opp i underdiagnostisering av ADHD, spesielt hos kvinner.

5.1.5 Utfordringer med identifisering av ADHD hos jenter

Det er flere områder som kan nevnes, hva gjelder utfordringer med å identifisere jenter med ADHD. Taylor og Keltner (2002) konstaterer at det i hovedsak er tre kjernefaktorer som er årsakforklarende til at færre jenter får diagnosen. Disse tre faktorene kan forklares slik:

- 1) Diagnosen utvikler seg senere (enn hos gutter)
- 2) Diagnosen slår ut på andre måten (enn hos gutter)
- 3) DSM kriteriene er misvisende (basert på forskning rundt gutter)

I henhold til det første punktet rettes det noe kritikk, da ikke all forskning ser ut til å støtte denne antakelsen. Blant annet fant Rucklidge og Tannock (2001) ingen gruppeforskjell mellom guttene og jentene med ADHD i henhold til alder ved stilt diagnose (cirka 10 år). På bakgrunn av dette stilles det spørsmål om jenter utvikler ADHD diagnosen senere enn gutter. Selv om jentenes vansker oppdages senere enn hos gutter, betyr ikke dette nødvendigvis at diagnosen utvikler seg senere. Vanskene og kjernesymptomene kan være der hele tiden (slik som hos gutter), men som følge av at uttrykksbildet er differensielt ved kjønnene, og instansene ikke kjenner til disse, så fanges jentene opp senere enn guttene. Her foreslås det videre forskning. Hva gjelder det andre punktet av forklaringsvariablene til Taylor og Keltner (2002), kan det påpekes at Gaub og Carlson (1997) fant flere likheter ved symptom mønstre hos jenter og gutter med ADHD. I tillegg har DuPaul et al. (2006) funnet at jenter og gutter har en relativt lik tendens til akademiske, emosjonelle, atferdsmessige og sosiale vansker. Teori peker også i retning mot at kjønnene har like store vansker knyttet til kjernesymptomene (Rucklidge, 2010; Haugland & Tangen, 2012). Likevel tyder det på at vanskene ved ADHD kommer til uttrykk differensielt hos de ulike kjønnene. Den sekundære årsaksforklaringen til Taylor og Keltner (2002) er derfor å anse som rimelig. Temaet som underligger det siste punktet til Taylor og Keltner (2002) er blitt omtalt tidligere i oppgaven, og dette forstås som en svært aktuell årsaksforklaring til at færre jenter får diagnosen ADHD. Slik det har blitt nevnt ved det foregående i oppgaven, reises det noe kritikk mot det faktum

at de samme kriteriene og symptomlistene anvendes ved utredning av både gutter og jenter. Flere har påpekt at det kan være hensiktsmessig å se jenter for jenter, og ikke sammenligne disse med gutter (blant annet Langlete, 2004). Det bunner flere utfordringer ved dette, og disse vil muligens vedvare så lenge klassifiseringssystemene inkluderer begge kjønn under samme diagnosekriterier?

Perhaps the most critical next step in the field of ADHD in women is the development of more gender-appropriate diagnostic criteria and tools. Adherence to current diagnostic criteria results in limiting the diagnosis in females to those who most resemble males with ADHD. Without more gender-appropriate diagnostic criteria, females will continue to go undiagnosed or misdiagnosed (Quinn, 2011, s. 22).

Mange kartleggingsverktøy er bygget på diagnosekriterier fra de ulike diagnosemanualene, og da ADHD kriteriene i disse manualene bunner i forskning vedrørende gutter, antas det at dette overføres til de differensielle kartleggingsverktøyene. Altså er det fare for at verktøyene man bruker for å fange opp jenter med ADHD ikke er egnet til å gjøre nettopp dette, noe som forstås som svært uheldig, da det medfører at jenter med ADHD går uoppdaget hen. Trenger vi en endring av diagnosekriterier for ADHD? Kan dette ses som en mulighet, for ikke å nevne realistisk løsning? Rucklidge (2010) har også foreslått endring eller tilpasning av kriterier som en alternativ løsnings til underdiagnostiseringen av jenter med ADHD. Hun påpeker at diagnosekriteriene for ADHD bør tilpasses kjønn, og at alternative kartleggingsmetoder som inkluderer beskrivelser av ADHD symptomer tilpasset for jenter, bør vurderes. Det foreslås videre undersøkelser av dette området.

5.2 Hvilke tiltak kan være aktuelle for jenter med ADHD?

Kopp, Kelly og Gillberg (2010) påpeker viktigheten med kunnskap samt dens betydning for å kunne iverksette riktige tiltak. Selv om informasjon og kunnskap vedrørende jenter og ADHD har økt de siste årene, er det fortsatt få studier som er blitt foretatt i Europa. Tilføyende nye og omfattende studier som ser på jenter med ADHD er derfor nødvendig for bedre å forstå hvordan man kan forebygge unødige vansker samt implementere adekvate tiltak (Kopp et al., 2010). Det lyktes ikke å finne forskningslitteratur som så på tiltak kun i forhold til jenter med ADHD. Det ble for øvrig funnet studier som så på symptomer,

komorbide vansker samt kjønnsforskjeller. Slik forskning kan bidra til økt kunnskap rundt vanskebildet til disse jentene, noe som igjen kan bidra til økt innsikt om hvilke tiltaksbehov det kan være aktuelt å tilrettelegg for ved denne målgruppen.

5.2.1 Tilrettelegging i skolen

Studien til Johnels et al. (2012) viste at ADHD hos jentene var sterkt assosiert med stavevansker, som igjen var predikert av fonologiske vansker. Jentene med og uten ADHD hadde likt evnenivå (innenfor normalvariasjon for normgruppen). Dette har blitt påpekt flere steder i oppgaven, og støtter opp om en indikasjon for at jenter med ADHD ikke skiller seg nevneverdig ut hva gjelder evnenivå. Jentene hadde også like skårer ved semantiske ferdigheter (målt med vokabulartest), en likhet som kan forklares med at jenter med ADHD tenderer å være verbalt impulsive, slik det også fremgikk ved studien til Grskovic og Zentall (2010) som fant at jentene med ADHD skåret høyest ved målingen "liker å snakke". Økt muntlig aktivitet antas å gi utslag i økt vokabular. Disse funnene er interessante, spesielt på bakgrunn av at semantikk antas å være av betydning for leseforståelse (Snow & Sweet, 2003). Til tross for slike semantiske ferdigheter har det blitt fremhevet tidligere i oppgaven at jenter med ADHD har vansker med lesing, noe som underbygger en indikasjon for at semantikk ikke kan fungere som en (selvstendig) forklaringsvariabel for jentenes lesevansker.

Funnene til Johnels et al. (2012) viste videre at de to jentegruppene med ADHD skåret forskjellig på ortografisk og fonologisk avkoding, EF-testing samt reaksjonstid. Korrelasjon ble funnet mellom disse variablene og staving, men kun ortografi korrelerte med staving i gruppen med jenter uten ADHD. Dette indikerer at staving hos disse ikke er en like dominerende faktor som hos jentene med ADHD. Det ble videre funnet at forholdet mellom EF-testing og staving var signifikant mediert av fonologisk avkoding, noe som antyder at fonologisk avkoding er av særskilt betydning. På bakgrunn av dette foreslås det at trening i fonologisk avkoding er hensiktsmessig for å forbedre jentenes staveferdigheter, og skolen bør tilrettelegge for dette. Videre hadde jentene fra de to ulike gruppene med ADHD ulike staveferdigheter. På grunn av dette ble det åpnet for at det muligens forekommer en variasjon ved staving hos de med ADHD (Johnels et al., 2012). Grundig kartlegging av staveferdigheter foreslås derfor, slik at det kan tilrettelegges for slike vansker i skolen hvis det foreligger et behov. Ortografisk trening bør også vektlegges, dette for å støtte en positiv utvikling av staveferdigheter. Moen (2004) har påpekt at det ikke er likegyldig hvilke

leseverk og lesemetoder som velges for barn med lese- og skrivevansker. Sannsynligvis er en kombinasjon av flere metoder det beste for disse barna. Vellutino (2003) fastslår at variasjon i språk og leseforståelse kan være påvirket av individuelle forskjeller i ikke-lingvistiske kognitive evner. Evnen til å forbli kontrollert og ha fokusert oppmerksomhet, er en slik evne. Egeland, Johansen, og Ueland (2010) undersøkte årsaker til at skolebarn (jenter og gutter) med ADHD har vanskeligere for å ta inn ny kunnskap enn andre barn. Det ble stilt spørsmål om innlæringsvansker hos barn skyldtes overhyppighet av lette generelle lærevansker, atferdsvansker, oppmerksomhetsvansker eller manglende energimobilisering. Fire differensielle mål på bruk av anstrengende læringsstrategier ble analysert, og undersøkelsen kunne vise at barna med ADHD i mindre grad anvendte anstrengende strategier. Dette kan være en forklaring til at barn med ADHD viser vansker med å ta inn ny kunnskap. På bakgrunn av dette stilles det spørsmål om lærere bør legge betydelig vekt på innøving av gode læringsstrategier.

Videre ble det i studien til Johnels et al. (2012) dokumentert for at jentene med ADHD hadde finmotoriske vansker, spesielt hva gjelder håndskrift. Her kan et hjelpetiltak være å la jentene få skrive på data (et tiltak som for øvrig er vanlig ved dysleksi). Data som hjelpemiddel er et aktuelt tiltak for lese- og skrivevansker generelt (Ervik, Høigaard, Strand & Vollan, 2004). Det tilføyes at tilrettelegging og tilpasset opplæring er en forutsetning for likeverdig opplæring for alle. Både valg av læringsinnhold, bruk av læringsstrategier og tilrettelegging av læringsmiljø er av stor betydning for god utvikling, ikke minst for personer med særskilte vansker. Personer med ADHD sentrerer en svært heterogen gruppe, noe som gjør det utfordrende å gi holdepunkter for gode pedagogiske tiltak generelt. Det er særlig disse personene som kan trenge omfattende tilpasninger, som følge av de mange tilleggsvanskene. Ved tilrettelegging bør man huske på at de individuelle variasjonene er store, og at evner, anlegg og personlige forutsetninger er like varierte som hos alle andre (Ervik, Høigaard, Strand & Vollan, 2004).

5.2.2 Kartlegging som første ledd ved tiltak

Hvilken evne har ulike måleinstrumenter (symptommåling, EF-tester og EF vurderingsskjema) til å kunne predikere hvorvidt jenter og gutter møter kriteriene for ADHD? Og er den viktigste predikerende variabelen i hvert domene den samme for gutter og jenter? Dette var spørsmål som ble forsøkt besvart i studien til Skogli et al. (2013). Funnene

indikerte at symptommåling var betydelig bedre i å skjelne deltakerne med ADHD fra kontrollgruppen hos jenter, enn hos gutter. De mest utmerkede variablene her var spesielt selvvurdering av angst (internaliserte symptomer) hos jenter samt foreldrevurdering av regelbrytende atferd (eksterne symptomer) hos gutter. Selvvurdert angst hos jenter er å finne i flere studier (blant annet Rucklidge & Tannock, 2001; Grskovic & Zentall, 2010). På bakgrunn av dette antas det at jenter er bevisst sine vansker, noe som underbygger verdien av selvvurderingsskjema. Lambek, Trillingsgaard, Kadesjö, Damm og Thomsen (2010) påpeker viktigheten og fordelene med selvvurderingsskjemaer ved internaliserte vansker, spesielt hos ungdommer. Internaliserte vansker er i mindre grad relatert til eksterne relasjoner (slik som eksterne vansker), og selvvurdering kan derfor egne seg bedre. Foreldrevurdering av eksekutive ferdigheter (via BRIEF) var bedre i å skjelne deltakerne med ADHD fra kontrollgruppen hos gutter, enn hos jenter. Videre hadde de nevropsykologiske EF-testene kun en middels evne til å kategorisere deltakerne med ADHD fra kontrollgruppen, med 73% nøyaktighet hos gutter og 79% nøyaktighet hos jenter. EF-testene viste en indikasjon på kjønnsforskjeller, hvorav kognitiv fleksibilitet og taleferdighet var de variablene som utmerket seg mest for å kunne predikere ADHD hos guttene, mens arbeidsminne og ordforstyrrelse utmerket seg mest i forhold til å kunne predikere ADHD hos jentene (Skogli et al., 2013). Det konkluderes med at ulike måleinstrumenter egner seg best for gutter og jenter, i tillegg til at ulike variabler kan predikere ADHD hos de ulike kjønnene. Refleksjon rundt dette vurderes derfor som hensiktsmessig ved valg av kartleggingsverktøy. Betydningen av selvvurdering og foreldrevurdering ble også nevnt ved studien til Grskovic og Zentall (2010), da i henhold til kartlegging av ADHD hos jenter (se avsnitt 4.1.1). Dette fremviser relevansen av disse vurderingsinstansene, både ved kartlegging av ADHD-vansker generelt, men likeså ved kartlegging av ulike tilleggsvansker. På bakgrunn av dette foreslås det at slike vurderinger vektlegges når det skal kartlegges for ADHD hos jenter. Grundig kartlegging er av stor betydning for valg av egnede tiltak, og bør også anses som en del av selve tiltaket. Tiltak må med andre ord starte med kartlegging.

5.2.3 Behandling av psykososiale vansker

Rucklidge og Tannock (2001) fant at jentene med ADHD hadde større vansker med eksterne og internaliserte atferd, sammenlignet med jenter uten ADHD. Her ble også jentene vurdert for å ha mer vansker enn guttene innenfor flere områder. Jentene med ADHD hadde lavere skårer ved generelt evnenivå (innenfor normalvariasjon for normgruppen) samt

ved prestasjonstesting som målte lesing, staving og regning, sammenlignet med jenter uten ADHD. Videre var det ingen gruppeforskjell mellom guttene og jentene med ADHD i henhold til alder ved påpekt diagnose (cirka 10 år, ikke signifikant). Dette er av interesse da det tidligere har blitt påpekt at gutter mottar mer medikamenter. En forklaring til dette kan være at gutter vurderes for å ha større vansker, og derav større medisinsk behov. Det stilles spørsmål ved dette. 58.3 % av jentene med ADHD og 45.7 % av guttene med ADHD hadde minst en tilleggsvanske, noe som støtter teorien om at komorbide vansker er forekommende ved ADHD. Spesielt interessant er det at jentene viste mer komorbide vansker enn guttene. Dette kan indikere at jenter har et mer omfattende behov hva gjelder tiltak, det antas at økte tilleggsvansker gir utslag i økte tiltaksbehov. Gruppeforskjeller i studien til Rucklidge og Tannock (2001) indikerte at jentene var mer svekket enn guttene. De hadde en høyere risiko for mer psykologiske vansker sammenlignet med gutter, dette til tross for at de hadde relativt like kognitive profiler. Som følge av dette kan de være mer sårbare for å reagere emosjonelt på vanskene som medfølger ved ADHD, noe som medfører at behandlende tiltak må adressere disse psykologiske sideeffektene mer systematisk hos jenter.

Jentene med ADHD hadde gjennomgående mer svekkelser enn jentene uten ADHD. Dette gjaldt ved de fleste målinger av psykososial fungering, inkludert selvrapportert depresjon, angst, ytre lokalisering av kontroll, negativ selvfølelse, sosiale bekymringer, konsentrasjonsvansker samt stressnivå. I tillegg hadde de en mindre adaptiv attribusjonsstil for negative hendelser. Videre rapporterte jentene med ADHD mer misnøye i henhold til lærerrelasjon samt mer negative hendelser, og at disse negative hendelsene hadde en større effekt på dem, sammenlignet med jentene uten ADHD. Jentene rapporterte også mer selvmordstanker og selvskading. Rucklidge og Tannock (2001) påpeker at kombinasjonen av disse psykososiale og sosiale vanskene er svært uheldig, videre at de danner en høy risiko for utvikling av fremtidige vansker. Å kartlegge symptomer av depresjon, angst, lav selvfølelse samt ekstern lokalisering av kontroll er mulig innenfor en terapeutisk kontekst (Rucklidge & Tannock, 2001), og dette anses som svært hensiktsmessig ved vurdering av jentenes vansker. Young, Chadwick, Heptinstall, Taylor og Sonuga-Barke (2005) fremhever jenters vansker med atferd, som følge av ADHD. På bakgrunn av dette påpeker de at (tidlige) psykologiske og terapeutiske intervensjoner må kartlegge utviklingen av sosiale ferdigheter samt problemløsningsferdigheter hos jenter, dette for å hjelpe de med å overkomme vansker senere i livet. Et omstendelig terapeutisk (kartleggings)arbeid vurderes følgelig for å være nødvendig så vel som nyttig.

Vi har sett at jenter med ADHD har risiko for depresjon (blant annet Rucklidge & Tannock, 2001; Biederman et al., 2008). Midtlyng (2008) understreker at depresjon som viser seg sammen med ADHD er en svært alvorlig kombinasjonstilstand som fortjener mye større fokus enn det den har fått både i klinisk arbeid og i forskning, spesielt da det er en betydelig overrepresentasjon av depresjon hos jenter (og gutter) med ADHD. Tidlig symptomdebut bør tas alvorlig, enten det er snakk om depresjon eller ADHD. Dette for å kunne påbegynne adekvate behandlingstiltak så tidlig som mulig, og dermed optimalisere videre utvikling. Her understrekes det at ADHD og depresjon kan kreve ulike behandlingstilnærminger, og det er derfor viktig å kartlegge en eventuell komorbiditet mellom de to diagnosene, slik at behandlingsalternativer blir satt opp og vurdert i sammenheng (Midtlyng, 2008). Rucklidge (2010) foreslår psykososial behandling som et tiltak for jenter med ADHD, og underbygger dette med at denne behandlingsformen har god støtte fra empirisk forskning. En slik behandling vil blant annet innbefatte at klinikerer hjelper jenta med å finne en god tilpasning mellom sine symptomer og sitt miljø. ”En del jenter med ADHD synes å ha utbytte av samtalebehandling. Innholdet i samtaler vil kunne dreie seg om hvordan det er å leve med ADHD, men også om eventuelle tilleggsvansker eller problemer som har oppstått i kjølevannet av mange års fartstid med ADHD” (Langlete, 2004, s. 126). Johnson (2003) omtaler en såkalt styrkebasert terapeutisk tilnærming (som har røtter i positiv psykologi), og fremlegger denne empiriskstøttede tilnærmingen som et alternativ for tenåringsjenter med vansker generelt. På bakgrunn av dette foreslås en slik metodisk tilnærming som aktuell og forebyggende for jenter med ADHD. Tilføyende kan nevnes at Grskovic og Zentall (2010) fremhever at fokus på positiv atferd er en viktig balanse for å implementere intervensjoner for uanstendig atferd og emosjonell overreagering. Peris og Hinshaw (2003) fant i et tidligere studie at det var korrelasjon mellom foreldres uttrykte emosjoner og jenters ADHD samt aggresjon. Her ble det ikke funnet noen årsaksforklaring, men det antas at foreldres uttrykte emosjoner er av betydning for jenters vansker med ADHD. Langlete (2004) påpeker at jenter med ADHD trenger anerkjennelse og omsorg, dette i kombinasjon med forståelse for problematikken samt hjelp for å dempe effekten av symptomene. Det kan være nyttig med støtte og ros, positivt samvær, hjelp til å utvikle praktiske rutiner for å lette organisering samt forståelse og tålmodighet. Videre kan det være lønnsomt å etablere et godt samarbeid og en god kontakt med skolen. Det understrekes at tiltaksforslagene til Langlete (2004) ikke henviser direkte til forskningsbasert dokumentasjon, og de må følgelig leses på bakgrunn av dette.

5.2.4 Multimodale tiltak

Flere påpeker betydningen av såkalte multimodale tiltak (implementering av flere tiltak), spesielt når det gjelder jenter med ADHD (blant annet Quinn, 2005; Kelley, English, Schwallie-Giddis & Jones, 2007; Nussbaum, 2012). Bakgrunnen for valg av multimodale tiltak begrunner de med jentenes omfattende vansker. Ifølge Kelley, English, Schwallie-Giddis og Jones (2007) antydes det at unge kvinner med ADHD står overfor et flertall av utfordringer, blant annet komorbide vansker. Dette fremhever betydningen av effektive tiltak som involverer planlegging, og som inkluderer en sammenfatning av flere ulike tiltaksområder slik som medikamenter, tilrettelegging ved utdanning samt psykologisk rådgivning. Dette kan hjelpe unge kvinner med ADHD til å oppnå tilfredsstillende og suksessfulle liv. Ensformige og lite dimensjonale intervensjoner anses for å være svært uheldig samt lite formålstjenlig (Kelley et al., 2007). Quinn (2005) fastslår at klinikere har en særlig utfordring i å skulle skille ut ADHD symptomer fra tilleggsvansker, ved behandling av unge kvinner med ADHD. Det er derfor viktig at de anerkjenner at ADHD er en diagnose som sjelden forekommer som en isolert vanske. Jenter med ADHD tenderer å få behandling for stemningslidelser og angst, men i realiteten kan det hende at disse jentene egentlig sliter med langvarige og ubehandlede ADHD symptomer. Effektiv behandling for disse jentene bør derfor inkludere en multimodal tilnærming (Quinn, 2005). Det påpekes at ingen av disse antydningene viser til forskningsbasert dokumentasjon, noe som medfører at man kan stille seg kritisk til utsagnene. Likevel er det funnet støtte for multimodale tiltak, eksempelvis ved MTA-studien (se neste avsnitt). Bevisstgjøring rundt multimodale tiltak anses som viktig, og implementering av ulike tiltak som forebygger og støtter opp om jentenes vansker og symptomer vurderes derfor som aktuelt. Det foreslås en videre forskning gjeldende jenter med ADHD og multimodale tiltak.

MTA-studiet

For å få innsikt i hvilken form for intervensjon, eller kombinasjon av intervensjoner, som har best effekt for barn med ADHD, ble det igangsatt et forskningsbasert (kombinert) behandlingsopplegg (Haugen, 2008c). *The Multimodal Treatment Study of Children with AD/HD* (omtalt som MTA-studiet) blir ansett som det best forberedte og grundigste behandlingsstudiet av ADHD som er gjennomført noensinne. Studiet har blant annet gitt grunnlag for et flertall av underprosjekter samt publiserte artikler. Bakgrunnen for studiet var;

Å kartlegge om andre tiltak er nødvendig i tillegg til sentralstimulerende medikasjon (som viser effektiv virkning). Videre var et annet spørsmål sentralt; Om det er viktig at medikamentell og annen behandling gis av eksperter, eller om det lokale behandlingsapparatet kan gi medisiner og eventuelt sette i gang andre tiltak etter egen erfaring og vurdering (Bryhn, 2004). Arbeidet med denne undersøkelsen startet i 1992, og det første studiet varte i 14 måneder. Dette fant sted i USA (Bryhn, 2004). Her ble 579 barn (med ADHD kombinert type) randomisert til fire ulike grupper. Den ene gruppen utgjorde en kontrollgruppe (ingen form for behandling), den andre gruppen fikk medikamentell behandling (hovedsakelig i form av metylfenidat), den tredje gruppen fikk et omfattende tilbud basert på modifisering av atferd (inkluderte trening av foreldre og pedagoger), og den siste gruppen fikk en kombinasjon av omfattende atferdsterapi og medikamenter (Haugen, 2008c). Resultatene viste at kombinerte tiltak har større sannsynlighet for å behandle symptomer, ikke bare ADHD symptomer, men også komorbide vansker slik som opposisjonell atferd og aggressiv atferd. Kombinert behandling så også ut til å lede til et redusert behov eller redusert bruk av medikamenter (Nussbaum, 2012).

Molina et al. (2009) foretok et oppfølgingsstudie av MTA, og her ble det blant annet konkludert med at type eller intensitet ved den 14 måneder behandlingen for ADHD i barndommen (alder cirka 8 år), ikke predikerte barnas fungering etter cirka 7 års oppfølging. Tidlige ADHD symptomers utviklingsløp, uavhengig av behandling, ga en sikrere prediksjon. Funnene foreslo at barna med atferdsmessige og sosialdemografiske fordeler, ga best respons på behandling (uavhengig av behandlingstype), og hadde best langsiktige prognoser (Molina et al., 2009). Vedvarende symptomer hos jenter ble tidligere i oppgaven vurdert for å være predikert av atferdsvansker (se avsnitt 3.4.4 ved Mick et al., 2010). Hvis det er slik at atferdsvansker er den mest predikerende faktoren for langvarige vansker, og gutter blir vurdert for å ha mer eksternaliserte vansker enn jenter, så kan det antas at dette er en mulig forklaring på hvorfor gutter får mer medisinsk behandling (omtalt tidligere i oppgaven). Dette fordi at medisinsk behandling kan redusere atferdsvansker og dermed minske langvarige vansker. Dette er foreløpig uklart. Nussbaum (2012) har påpekt noen svakheter ved MTA-studien. Kun 20 % av utvalget bestod av jenter, noe som følger påvirker dens generaliseringsevne hva gjelder tiltak for jenter. Videre inkluderte studien kun barn med ADHD kombinert type, noe som medfører at de undersøkte tiltakene bør forbeholdes denne populasjonsgruppen. Nussbaum (2012) fremhever også interessante funn ved undersøkelsen. I de utvalgene hvor det var medberegnet jenter, ble det observert ulikheter ved respons på

behandling. Guttene viste bedre respons ved kombinert behandling eller medikamentell behandling sammenlignet med kontroll, mens jentene kun viste mer effektivitet med kombinert behandling sammenlignet med kontroll (Nussbaum, 2012). Selv om medikamenter alene virker effektivt på gutter, ser det ut til at jenter har større utnyttelse av kombinerte tiltak. Jensen (2011) påpeker at opp mot 70 % av alle kvinner med ADHD har positiv effekt av sentralstimulerende medisin, men hovedparten har i tillegg behov for psykoterapeutisk behandling og/eller veiledning av en veileder. Det argumenteres for at dette bør vektlegges når man skal tilrettelegge for jenter med ADHD.

5.3 Kunnskapens betydning og videre forskning

Hittil har det blitt kartlagt hvilke forskningsfunn som fremkommer ved det foreliggende datamaterialet. Disse funnene danner et bilde av det eksisterende kunnskapsnivået vedrørende jenter med ADHD, og forskning avdekker foreløpig jenters symptom bilde og komorbide vansker, spesielt ved sammenligning med gutter. Likevel er det ingen forskning som knyttes opp mot tiltak for kun denne målgruppen, da det meste av forskningen innbefatter et blandet kjønnsmessig utvalg. Den foreliggende forskningsbaserte kunnskapen anses derfor som manglende, noe som vurderes som uheldig, spesielt med hensyn til betydningen av kunnskap. Ifølge Utdanningsdirektoratet (2006) vil økt kunnskap hos lærere kunne bidra til økt forståelse og endrede holdninger. Videre er gode tiltak ledet av kunnskap og kompetanse vedrørende ADHD (se avsnitt 3.4.5). Kunnskap kan følgelig forstås som en gevinst for barna, noe som støtter en argumentasjon for at kunnskapsnivået bør økes. Det antas at økt kunnskap kan bety økt identifisering av jentenes vansker, og derav gode og tilrettelagte tiltak som igjen resulterer i en forbedring av jentenes vansker med ADHD.

5.3.1 Hvilken betydning har økt kunnskap for jentene med ADHD?

Hva kan økt kunnskap bety for jenter med ADHD? Da det er disse som belastes med ulike vansker er det følgelig av interesse at økt kunnskap skal gagne dem. For å belyse dette kan Tangen, Edvardsen og Kaarstein (2007) trekkes frem, da disse omtaler en empirisk undersøkelse utført av sistnevnte. Ved denne undersøkelsen ble fem unge jenter med ADHD intervjuet om sine skoleerfaringer, (alle jentene gikk i videregående skole på intervju tidspunktet og var i alderen 16-17 år). I intervjuet avslørte de blant annet at de tidligere hadde fått mye skjenn av lærere, noe de mente kunne vært unngått dersom lærerne hadde hatt mer kunnskap om ADHD (i tillegg til å snakket mer med dem og kjenne dem

bedre). Jentene forklarte dessuten at ADHD-diagnosen hadde en positiv betydning for skolehverdagen deres. Til tross for at jentene omtalte diagnosen som vanskelig i starten, påpekte de at de likevel skulle ønske at de hadde fått den før. Dette begrunnet de med at tiden før diagnosen opplevdes som kaotisk, videre at skolesituasjonen blant annet var preget av aggresjon, sinne og ”sus og dus”. I kontrast til dette ble dagens skolesituasjon beskrevet som betraktelig mer positiv, oversiktlig og ryddig. Jentene kunne fortelle at diagnosen var bra fordi de fant en løsning på sine problemer, og fordi at andre nå forstod hva de slet med (Tangen et al., 2007). Disse illustrerende rapporteringene kan ses i likhet med pilotprosjektet til Farstad (2011), hvorav åtte jenter med ADHD og deres foreldre ble intervjuet. (I 2003 deltok disse jentene i et prosjekt, da i alderen 7-17 år). Denne nylige rapporten har sett på hvordan det går med jentene i ettertid av å ha fått en ADHD-diagnose, og samlet kan man lese at syv av de åtte jentene opplevde diagnosen som både positiv og forklarende. Disse undersøkelsene illustrerer positive erfaringer vedrørende diagnostisering av ADHD, noe som kan underbygge betydningen av å fange opp denne målgruppen. Å fange opp jentene krever selvsagt kunnskap på området, noe som jentene i den ene undersøkelsen også etterlyste. Grunnet undersøkelsenes minimale størrelse bør man være varsom med å trekke generelle konklusjoner på bakgrunn av rapporteringene. Likevel gir de en illustrerende beskrivelsen av hvordan jenters erfaring med ADHD kan forløpe, samt hvilken betydning kunnskapen kan ha for jentene.

5.3.2 Konsekvenser av manglende kunnskap

Manglende kunnskap om ADHD hos jenter kan medføre at de blir oversett, via manglende identifisering og derav manglende kartlegging. Dette kan igjen resulterer i en utvikling av økte vansker (spesielt komorbide vansker). Andre konsekvenser kan være at jentene blir feildiagnostisert eller diagnostisert for sent. Å stille feil diagnose er ikke et uvanlig fenomen innenfor ADHD problematikken hos jenter, denne målgruppen tenderer nemlig i å bli feildiagnostisert ifølge flere kilder (blant annet Quinn 2005; Rucklidge, 2010). I løpet av de siste 5 årene har studier dokumentert funn som kan tyde på at mange kvinner strever under barndommen og ungdomsårene uten å bli oppdaget for ADHD, og at disse har større sannsynlighet for å få tilleggsvansker som angst og depresjon når de i voksen alder blir diagnostisert med ADHD (Kelley et al., 2007). Tendensen til å overse jenter med ADHD har derfor viktige implikasjoner. Når de først sent i ungdommen får diagnosen og behandling, kan de sekundære virkningene av ADHD – lavt selvverd, angst, depresjon samt

utdanningsmessig undertrykk – få en mer omfattende og skadelig effekt (Kelley et al., 2007; Damm & Jensen, 2007). På bakgrunn av komorbide symptomer kan den primære ADHD diagnosen bli oversett. Selv om symptomer spesifikt relatert til komorbide vansker responderer på passende intervensjoner (spesielt da medikamenter), kan jentene fortsette å streve med ADHD symptomer hvis ikke denne diagnosen også blir behandlet (Quinn, 2008). Individuelle svekkelser ved fungering samt redusert livskvalitet kan følgelig fremkomme ved manglende kartlegging og behandling av ADHD, og dette kan skape differensielle utfordringer for ungdommer og voksne som belastes med en slik diagnose (Waite, 2007). Ved et oppfølgingsstudie av Biederman, Petty, O'Conner, Hyder og Faraone (2012) ble det undersøkt hvilke mønstre av vedvarende vansker og forbedringer som viste seg hos unge kvinner med ADHD ($n = 96$). Ved elleve års oppfølging viste studien at 77.1 % av jentene med ADHD hadde vedvarende vansker ved alder 22 år, dette var følgelig vansker av differensiell grad. De vedvarende vanskene var predikert av forstyrrende atferd, stemningslidelser, angst, skolevansker, konflikter i familien samt en høyere grad av familiehistorie med ADHD og angst (Biederman et al., 2012). Disse funnene dokumenterer for at ADHD hos jenter er en vedvarende vanske, noe som underbygger betydningen av (tidlig) identifisering så vel som støttende og god forebygging. Identifisering og forebyggende tiltak forutsetter at fagfolk har den kunnskapen som trengs, og manglende kunnskap anses som svært uheldig.

5.3.3 Videre forskning

Det er i oppgaven blitt avdekket ulike mangler og begrensninger hva gjelder forskning og kunnskap rundt jenter med ADHD. Det stilles spørsmål til denne manglende kunnskapen. Hvorfor er det ikke forsket mer på dette? Det kan være flere forklaringsvariabler her, og det blir derfor urimelig å fastslå noe med sikkerhet. Det stilles likevel spørsmål til den skjeve skjønnsfordelingen ved ADHD, og om det fremdeles eksisterer manglende aksept for at ADHD også er en diagnose som rammer jenter. Hittil har forskningen vist et dominerende fokus på gutter når det gjelder ADHD, men ettersom dette også er et vanskeområde som jenter ser ut til å slite med, så anses det som svært uheldig hvis det dominerende fokuset på gutter vedvarer. Jenter med ADHD bør følgelig aksepteres som en målgruppe som det trenger å forskes mer på. Videre syntes den foreliggende forskningen å kunne avdekke jenters tiltaksbehov, men ikke hvilke konkrete tiltak (eventuelt tiltaksprogram) som fungerer for denne målgruppen. Her trengs det mer forskning, både i Norge så vel som internasjonalt. Det

er også av interesse og se om samme tiltak kan egne seg for jenter og gutter. Det ble ikke funnet forskning som så utelukkende på norske jenter med ADHD, dette gjaldt både jenters vansker samt aktuelle tiltak. Det foreslås derfor at slik forskning tas opp til vurdering. Videre har det blitt avdekket i oppgaven at de fleste utvalgene ved den foreliggende forskningen består av kliniske utvalg, noe som begrenser deres overføringsevne. På bakgrunn av dette foreslås det videre/ny forskning som innbefatter skolebaserte utvalg. Tilføyende trenger vi mer forskning på jenter som sammenlignes med samme kjønn. Aktuelle hypoteser her kan være; Hvilke spesifikke uttrykk kjennetegner jenter med ADHD? Hvilke tiltaksprogram fungerer for jenter med ADHD? Slike spørsmål kan bidra til å øke den forskningsbaserte kunnskapen om denne målgruppen. Det har blitt påpekt at diagnosekriterier bunner i forskning på gutter, videre at kartleggingsverktøy baseres på disse kriteriene. Her foreslås det at en endring tas opp til evaluering, og at videre forskning kartlegge hvilke/hva slags endringer som bør foretas. Eksempelvis kan en videre hypotese være om dagens kartleggingsverktøy egner seg for å vurderes jenters vansker med ADHD. Her vil det kunne være nyttig å sammenligne resultater på tvers av kjønn.

6 Sammenfattende oppsummering og pedagogiske implikasjoner

Formålet for denne oppgaven har vært å kartlegge jenters vansker ved ADHD. Flere undertemaer og spørsmål er blitt belyst, der hensikten har vært å danne et bilde som kan bidra til økt kunnskap hos lærere, (spesialpedagoger) så vel som PP-rådgivere. Disse profesjonene blir vurdert som svært betydningsfulle, da de anses som primære for å kunne fange opp jentenes vansker. Deres kjennskap om målgruppen er derfor av stor aktualitet. Videre har oppgavens hensikt vært å belyse følgende problemstillinger:

- *Hvordan kommer ADHD til uttrykk hos jenter?*
- *Hvilke tiltak kan være aktuelle for jenter med ADHD?*

I dette siste kapittelet vil disse to problemstillingene besvares gjennom en kort og endelig oppsummering av de mest sentrale teoretiske og forskningsbaserte funnene som har blitt presentert i oppgaven. Innledningsvis vil det bli fremhevet mulige pedagogiske implikasjoner av den fremkomne kunnskapen, dernest vil det bli foretatt en sammenfattende oppsummering som avsluttes med refleksjon og konklusjon. I tillegg til dette vil oppgavens styrker og svakheter bli gjennomgått.

6.1 Pedagogiske implikasjoner

Ved dette litteraturstudiet har det blitt kartlagt hvilken kunnskap og mangler som foreligger vedrørende jenter med ADHD. Ulike utfordringer knytter seg til den innsamlede kunnskapen. Hvor går veien videre? Det har blitt påpekt at vi må innhente mer forskningsbasert kunnskap (forslag nevnt i avsnitt 5.3.3), men vi må også bruke den kunnskapen vi allerede har.

Hvordan praktisere det vi allerede vet og kan? Et forslag er å spre kunnskap. Før vi kan praktisere noe må vi ha kjennskap til det, og dette betyr at vi må spre og videreformidle det vi allerede vet om jenter med ADHD. Hvordan spre kunnskapen? Utdanningsdirektoratet (2006) ble nevnt tidligere i forbindelse med betydning av kunnskap så vel som kompetanseheving rundt ADHD. Ifølge direktoratet vil det være viktig å øke kompetansen blant lærerne/førskolelærerne om vanskegruppen. Alle lærere vil møte disse barna i sin praksis, men ADHD er for dårlig dekket i pedagogisk utdanning. Det er ikke nok at spesialpedagoger

har kompetanse, alle lærere må ha den. I tillegg synes det å være et behov for å øke kompetansen til PP-rådgivere/PPT (Utdanningsdirektoratet, 2006). For å øke kunnskap/kompetanse rundt ADHD, foreslår direktoratet et lokalt samarbeid på tvers av sektorer. Det finnes ulike regionale samarbeidsløsninger, og man bør komme frem til hva som er mest tjenlig i forhold til tjenesteflyt, ansvarsfordeling samt kvalitetssikring (Utdanningsdirektoratet, 2006). Prosjektet til Snildal og Torgunrud (2013) ble nevnt tidligere (se avsnitt 5.1.4). Her ble det konkludert med at veiledningsprogram for lærere, hvor målet er kompetanseheving, er av nytte for skolene. I tillegg ble det foreslått at PPT kan gjennomføre slike program. Selv om det kan knyttes flere utfordringer til system-rettet arbeid, bør dette likevel være en viktig prioritering, da det kan komme elevene til gode. Rundt om i Norge er det beskrevet flere modeller for tverrsektorielt samarbeid (eksempelvis *Mandals-prosjektet*, *OK-prosjektet* og *Kvalitetssikringsprosjektet*). Karakteristiske trekk ved slike modeller er at de er strukturerte mht. ansvar/roller, i tillegg sørger de for kontinuitet i arbeidet mht. møter/møteplasser. Videre foretar de kvalitetssikring av arbeidet ved hjelp av prosedyrer og rutiner. Regionale modeller vil bidra til en felles lokal kunnskapsplattform, og gjennomføring av tverrfaglige kurs på tvers av tjenestenivå om diagnostisering og tidlig identifisering vil gi vesentlig bidrag til kompetanseheving på tvers av tjenestenivå (Utdanningsdirektoratet, 2006). Det knytter seg utfordringer til anvendelse og spredning av den foreliggende forskningsbaserte kunnskapen – vi må hente kunnskapen fra et sted, og på bakgrunn av dette må man etablere en plattform for den hittil etablerte kjennskapen til jenter med ADHD. Her foreslås det utarbeidelse av artikler, rapporter og veiledningshefter. Dette kan danne en ramme og en plattform for videre veiledningsprogram.

6.2 Uttrykk og forutsetninger for gode tiltak

I henhold til Rucklidge (2010) må tiltak og behandling tilpasses på bakgrunn av ADHD type, grad av vansker og type vansker, samt komorbide profiler. Kjennskap til jentenes uttrykk ved ADHD er derfor en forutsetning for videre arbeid og tilrettelegging.

6.2.1 Uttrykk

Symptomer, kjennetegn og uttrykk er blitt avdekket i oppgaven. Økt kjennskap til jentenes vansker ved ADHD vil kunne hjelpe oss og fange opp denne målgruppen. Videre vil økt kjennskap være en forutsetning og et utgangspunkt for gode tiltak. Dette fordi at den kan hjelpe oss med å identifisere jentene (da den avdekker jentenes tiltaksbehov/hvor vansker

oppstår – hvor det er behov for hjelpetiltak og tilrettelegging), og tiltak må starte med identifisering og derav kartlegging. De samlede funnene viser ulike uttrykk hos jenter med ADHD, og disse vil følgelig variere fra jente til jente. De kartlagte uttrykkene fra oppgaven blir her gruppert og oppsummert under kjennetegn:

Sosiale kjennetegn

Hyperaktiv, impulsiv, dårlig sosiale ferdigheter, eksterne vansker, atferdsvansker, internalisert atferd, liker å snakke, uanstendig atferd, konflikt med foreldre, mindre parforhold, verbal impulsivitet/mye muntlig aktivitet, aggresjon, misnøye mot jevnaldrende og lærerrelasjoner.

Kognitive kjennetegn

Underlying/vansker med matematikk, lesing og staving. Skolevansker, uoppmerksomhet, evnenivå innenfor normalvariasjon for normgruppen, ordforstyrrelse, fonologiske vansker, finmotoriske vansker og middels til store vansker med eksekutive funksjoner.

Psykososiale kjennetegn

Vansker med å regulere emosjoner, sta, lunefull, sint, bekymret, engstelig, skyldfølelse, selvmordstanker, selvskading, lavt selvbilde, reagerer med sterke følelser, ytre lokalisering av kontroll, sosiale bekymringer, negativ selvfølelse, stress, selvbevissthet, kan reagere emosjonelt på vanskene som medfølger ved ADHD.

Komorbide kjennetegn

Stemmingslidelser, opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD), atferdsforstyrrelse (CD), angst, depresjon, separasjonsangst, autisme (ASD), tics, vannlating, søvnforstyrrelse og spiseforstyrrelse (bulimi og anoreksi).

6.2.2 Hva er de gode tiltak?

Det har ikke blitt funnet forskning som belyser gode/aktuelle tiltaksprogram for jenter, og utfordringer knytter seg til hva man konkret bør gjøre for å utvikle mer egnede tiltak for denne målgruppen. Forslag til gode tiltak baseres derfor på jentenes kartlagte vansker og antatte tiltaksbehov. Videre har betydningen av multimodale tiltak blitt drøftet, og det er vist at det er betydningsfullt at jenter får tilrettelegging på flere områder for sin ADHD. Dette

fordi de vanligvis har et omfattende vanskebilde. Multimodale tiltak anses derfor som hensiktsmessig. Det foreslås at ulike instanser samarbeider om implementering av tiltak. ”Det anbefales faste rutiner og avtaler for samhandling mellom instansene i første- og andrelinjetjeneste” (Utdanningsdirektoratet, 2006, s. 22). Nedenfor oppsummeres forslag til innsatser og tiltak på ulike arenaer:

Hjem

Bevissthet rundt uttrykte emosjoner (se avsnitt 5.2.3), engasjere/oppfordre til sosiale aktiviteter og idrett, anerkjennelse, omsorg, forståelse, støtte, ros, positivt samvær, tålmodighet, danne rutiner og hjelp til organisering.

Skole

Kunnskap/identifisering, bevissthet rundt holdning og forventning ved vurdering av ADHD, kartlegging, tilrettelegging for lesevansker, skrivevansker (stavevansker) og matematikkvansker. Trening i fonologisk avkoding og eventuelt ortografisk trening. Data som hjelpemiddel (hvis finmotoriske vansker), trening i leseforståelse, (språktrening), trening av sosiale ferdigheter, engasjere til sosiale aktiviteter og idrett. Innøving av læringsstrategier/kognitive strategier, hjelp til konsentrasjon (eks. dele opp arbeid og tilpasse mestringsnivå slik at eleven har mulighet for mestring og derav økt motivasjon. Økt motivasjon kan resultere i forbedret konsentrasjon).

PPT

Utredning, kartlegging som måler symptomer (eks. ASEBA, Conners-skjema), selv vurderingsskjemaer, måling av eksekutive funksjoner (eks. BRIEF, Wechsler-skalaene), veiledningsprogram, formidle kunnskap via kurs (system-rettet arbeid), kompetanseheving/økt kunnskap, informasjon til foreldre, individrettet arbeid (evt. observasjon og samtale med elev), veiledning og rådgivning.

Sekundære instanser

Samtalebehandling, psykososial behandling, atferdsterapi, sosial trening, vurdering av medikamenter, kartlegge og behandle tilleggsvansker, kartlegge attribusjonsstil og problemløsningsferdigheter (tankemønster). Hjelp til å regulere impulsiv og uanstendig atferd, styrke selvbilde, selvfølelse og selvtilit (styrkebasert terapeutisk tilnærming/positiv

psykologi). Strategier for regulering av emosjoner, hjelp med å tilpasse symptomer/vansker til miljøet, systematisk adressering av psykologiske sideeffekter.

6.3 Oppgavens styrker og svakheter

Studiene som er blitt anvendt i oppgaven har hatt til hensikt å belyse problemstillingene. Dette vurderes som positiv, til tross for manglende utvalgsmuligheter av studier. Det anses også som positivt at ulike kunnskapsbehov er blitt kartlagt, videre at disse har blitt fulgt opp med forslag til videre forskning. Det lyktes ikke å finne studier som så spesifikt på hvordan ADHD kommer til uttrykk hos jenter. Forskning som studerte symptomer, karakteristika og vansker ble derfor anvendt. Videre lyktes det ikke å finne studier som så på tiltak kun i forhold til jenter med ADHD. Det var for øvrig flere som så på symptombilde, komorbide vansker samt kjønnsforskjeller. Slike studier kan bidra til økt kjennskap rundt vanskebildet til jenter, som igjen kan bidra til innsikt om hvilke tiltaksbehov som er aktuelle for målgruppen. Økt kunnskap om vanskebildet gir likevel ikke grunnlag for å trekke konklusjoner vedrørende spesifikke tiltak og tiltaksprogram. Her trengs det mer forskning. Videre måtte dette litteraturstudiet inkludere jenter med ulike ADHD typer, da det ikke forelå nok materiale til å kunne avgrense det til én ADHD type. Bevissthet rundt generalisering på tvers av de ulike ADHD typene bør derfor foretas. Det er ikke gitt at funn vedrørende en ADHD type er gjeldende for en annen ADHD type. Det nevnes også at ulike diagnosemanualer er brukt i de forskjellige studiene. Da diagnosemanualer stadig blir oppdatert, er dette ikke til å unngå.

Det er flere metodologiske begrensninger i forhold til studiene i denne oppgaven. Blant annet er studienes validitet, utvalgsstørrelse, heterogenitet (ulikhet) blitt vurdert løpende. Kun ett av de presenterte studiene i kapittel 4 var norsk, resterende var utenlandske. I tillegg var noen av studiene eldre enn ti år (til tross for utvalgskriteriene vedrørende artikler, se avsnitt 2.2).

Videre inkluderte som nevnt flere av studiene gutter. (Da det ble foretatt litteratursøk i databasene, fant undertegnede dobbelt så mange treff på gutter i forhold til det som ble funnet på jenter og de aktuelle søkeordene). Dette anses for å være en begrensning ved oppgaven, noe som følgelig må tas i betraktning ved videre anvendelse av funn. Funnenes representativitet er derfor noe begrenset, spesielt hva gjelder norske forhold. Videre tillegges det at man alltid bør være kritisk til å oversette nye forskningsfunn til praksis, spesielt uten støtte fra flere forskningsgrupper.

6.4 Avsluttende refleksjoner

Innledningsvis i oppgaven ble det antydnet at det etterspørres mer kunnskap vedrørende jenter og ADHD. Resultatene fra dette litteraturstudiet indikerer at det fremdeles synes å være et behov for økt kunnskap og forståelse rundt denne målgruppen. ”Vi er sannsynligvis ikke flinke nok til å ta jenters vansker på alvor. Vi må alle bli mer bevisste på og lydhøre for det vi selv observerer, det som jentene forteller og det vi hører om jenters situasjon i hverdagen” (Langlete, 2004, s. 128). Avslutningsvis understrekes det at tiltak må starte med kartlegging, og at kartlegging følgelig starter med identifisering av et aktuelt problem. Å identifisere vansker hos jenter med ADHD krever at man vet hva man skal se etter og reagere på. Man trenger å være opplyst og ha den kunnskapen og bevisstheten som trengs for å kunne være i stand til å gjenkjenne vanskene. Det foreslås økt kunnskap og kompetanseheving blant lærere og PP-rådgivere, og det stilles spørsmål om hvem som står/bør stå ansvarlig for videreformidling av slik kunnskap.

6.5 Konklusjon

- ADHD er tre ganger vanligere hos gutter enn jenter. Blant barn som blir henvist til utredning er det cirka 6 – 9 ganger flere gutter enn jenter, i tillegg tar flere gutter i aldersgruppen 11 til 15 år ut resepter mot ADHD i Norge, sammenlignet med jenter (3.6 % versus 1.2 %). Denne kjønnsraten minskes ved alder, da flere kvinnelige enn mannlige tenåringer og voksne løser inn resepter på legemiddel mot ADHD over lengre tid. Den skjeve kjønnsmessige forekomsten reduseres hos voksne.
- ADHD bunner i både genetiske og miljømessige årsaker, og dette anses for å være likt hos jenter og gutter, ifølge forskning. Ved sammenligning av jenter og gutter med ADHD, tenderer jenter å ha et mer internalisert uttrykk. Kjernesymptomene er like, og kjønnene har en relativ lik tendens til akademiske, atferdsmessige, emosjonelle og sosiale vansker. De komorbide vansker er ofte ulike, der en høyere frekvens av angst, stemningslidelser og spiseforstyrrelser ofte preger vanskebildet til jentene. Jenter med ADHD er spesielt sårbare for emosjonelle vansker og dårlig selvbilde.

- ADHD kombinert type er like vanlig hos jenter som hos gutter, og forskningsfunn støtter ikke antakelser om at jenter har tendenser til ADHD hovedsakelig uoppmerksom type (ADD). ADHD hos jenter kommer til uttrykk gjennom sosiale, kognitive, psykososiale og komorbide kjennetegn (disse er blitt avdekket i oppgaven). Atferdsvansker øker risikoen for vedvarende symptomer, ifølge forskning.
- Gode tiltak anses for å være de som vektlegger behandling av tilleggsvansker og psykososiale vansker, i tillegg til å tilrettelegge for ulike faglige vansker i skolen. Multimodale tiltak vurderes som hensiktsmessig, og ulike instanser bør samarbeide om å implementere tiltak. Det eksisterer varierte meninger om hvorvidt samme tiltak egner seg for jenter og gutter med ADHD. Her trengs det mer forskning.
- For å kunne øke kunnskap/kompetanse rundt ADHD, foreslås det lokale samarbeid på tvers av sektorer. Det finnes forskjellige regionale samarbeidsløsninger, og man bør komme frem til hva som er mest tjenlig i forhold til tjenesteflyt, ansvarsfordeling samt kvalitetssikring. Veiledningsprogram for lærere, der målet er kompetanseheving, er av nytte for skolen, og det foreslås at PPT gjennomfører slike program. (Dette forutsetter følgelig at PPT innehar den kunnskapen som er nødvendig).
- Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om ADHD hos jenter, dette gjelder både i forhold til symptomer og kjennetegn så vel som tiltaksprogram, behandling og intervensjoner. Nåværende diagnosekriterier for ADHD er basert på forskning vedrørende gutter, og det stilles spørsmål ved om dette påvirker kartleggingen av jenter. Dette bør undersøkes nærmere.

Litteraturliste

Babinski, D. E., Pelham Jr., W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Yu, J., MacLean, M. G., Wymbs, B. T., Sibley, M. H., Biswas, A., Robb, J. A. & Karch, K. M. (2011): Late Adolescent and Young Adult Outcomes of Girls Diagnosed with ADHD in Childhood: An Exploratory Investigation. *J Atten Disord*, 15(3): 204-214, doi: 10.1177/1087054710361586

Barkley, R. (2002): International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2): 89-111

Barkley, R. A. (2013): *Ta kommandot over din ADHD. Strategier for ett godt liv*. Lettland: Natur og Kultur

Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Chavez, L., Rubio-Stipec, M., Ramirez, R., Padilla, L., Anderson, A., Garcia, P. & Canino, G. (2007): ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8): 831-839

Bauermeister, J. J. & Barkley, R. A. (2012): New Findings on Sluggish Cognitive Tempo – The Other Attention Disorder. *The ADHD Report*, 20(4): 1-10

Bauermeister, J. J., Barkley, R. A., Bauermeister, J. A., Martinez, J. V. & McBurnett, K. (2012): Validity of the sluggish cognitive tempo, inattention, and hyperactivity symptom dimensions: neuropsychological and psychosocial correlates. *J Abnorm Child Psychol*, 40(5): 683-697, doi: 10.1007/s10802-011-9602-7

Becker, S. P., McBurnett, K., Hinshaw, S. P. & Pfiffner, L. J. (2013): Negative Social Preference in Relation to Internalizing Symptoms Among Children with ADHD Predominantly Inattentive Type: Girls Fare Worse Than Boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(6): 784-795, doi: 10.1080/15374416.2013.828298

Befring, E. (2008): *Problematferd. Sosiale og emosjonelle vansker*. I Befring, E. & Tangen, R. (Red.): *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Damm AS

Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Surman, C. B., Johnson, J. L. & Zeitlin, S. (2007): Are Girls with ADHD at Risk for Eating Disorders? Results from a Controlled, Five-Year Prospective Study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(4): 302-307

Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., Cote, M. & Faraone, S. (2008): New Insights Into the Comorbidity Between ADHD and Major Depression in Adolescent and Young Adult Females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(4): 426-434, doi: 10.1097/CHI.0b013e31816429d3

Biederman, J., Petty, C. R., O'Conner, K. B., Hyder, L. L. & Faraone, S. V. (2012): Predictors of Persistence in Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Results from an 11-year Controlled Follow-up Study. *Acta Psychiatr Scand*, 125(2): 147-156, doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01797.x

Bryhn, G. (2004): *AD/HD – utredning, diagnostikk og behandling*. I Strand, I. G. (Red.): *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi- en grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget

Carr, A. & O'Reilly, G. (2010): *Diagnosis, classification and epidemiology*. I Carr, A., O'Reilly, G., Walsh, P. N. & Mcevoy, J. (Red.): *The handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice*. London: Routledge

Damm, D. (2007): *Eksekutive funksjoner hos voksne med ADHD*. I Thomsen, P. H. & Damm, D. (Red): *Et liv i kaos*. København: Hans Reitzels Forlag

Damm, D. & Jensen, E. (2007): *Kvinder med ADHD*. I Thomsen, P. H. & Damm, D. (Red): *Et liv i kaos*. København: Hans Reitzels Forlag

DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Tresco, K. E., Junod, R. E. V., Volpe, R. J. & Lutz, J. G. (2006): Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Are There Gender Differences in School Functioning. *School Psychology Review*, 35(2): 292-308

Egeland, J., Johansen, S. N. & Ueland, T. (2010): Do Low-Effort Learning Strategies Mediate Impaired Memory in ADHD? *Journal of Learning Disabilities*, 43(5): 430-440, doi: 10.1177/0022219409355473

Ervik, S. N., Høigaard, B., Strand, G. & Vollan, S. T. (2004): *Pedagogiske tiltak og tilrettelegging*. I Strand, I. G. (Red.): *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi- en grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget

Ervik, S. N. & Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi (2004): *Urolige småbarn – en veileder* (2. Utgave). Hentet 10. Mai 2014 fra <http://www.nasjkomp.no/index.asp?id=26062>

Faraone, S., Biederman, J., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T., Spencer, T., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J. & Zallen, B. (2000): Family study of girls with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(7): 1077-1083

Farstad, A. L. (2011): *Sånn er livet – 7 år etter. En undersøkelse av 8 jenter med ADHD 7 år etter utredning*. Oslo: Torshov Kompetansesenter

Fostervold, K. I. (2010): *Forskningsmetoder I. Kommenatrhefte* (3. Utgave). Oslo: NKI Forlaget AS

Garner, A. A., Marceaux, J. C., Mrug, S., Patterson, C. & Hodgins, B. (2010): Dimensions and correlates of attention deficit/hyperactivity disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *J Abnorm Child Psychol*, 38(8): 1097-1107, doi: 10.1007/s10802-010-9436-8

Gaub, M. & Carlson, C. L. (1997): Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 36(8): 1036-1045

Gravetter, F. J. & Forzano, L. B. (2012): *Research Methods for The Behavioral Sciences* (4. Edition). Wadsworth: Cengage Learning

Gravetter, F. J. & Wallnau, L., B. (2013): *Statistics for the Behavioral Sciences* (9. Edition). Wadsworth: Cengage Learning

Groenewald, C., Emond, A. & Sayal, K. (2009): Recognition and referral of girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: case vignette study. *Child: Care, Health and Development*, 35(6): 767-772, doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00984.x

Grskovic, J. A. & Zentall, S. S. (2010): Understanding ADHD in girls: Identification and social characteristics. *International Journal of Special Education*, 25(1): 171-184

Haugen, R. (2008a): *Hva er sosiale og emosjonelle vansker?* I Haugen, R. (Red.): *Barn og unges læringsmiljø 3- med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Haugen, R. (2008b): *Sosiale vansker. Hvordan kommer de til uttrykk?* I Haugen, R. (Red.): *Barn og unges læringsmiljø 3- med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Haugen, R. (2008c): *Hvordan kan man hjelpe barn og ungdom med andre sosiale vansker?* I Haugen, R. (Red.): *Barn og unges læringsmiljø 3- med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Hawi, Z. & Lowe, N. (2007): *Molecular Genetic Aspects of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. I Fitzgerald, M., Bellgrove, M., Gill, M. (Red.): *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd

Helsedirektoratet (2013): *AD/HD – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling*. Oslo: Helsedirektoratet

Hesse-Biber, S. N. & Leavy, P. (2011): *The Practice of Qualitative Research* (2. Edition). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Zalecki, C., Huggins, S. P., Montenegro-Nevado, A. J., Schrodek, E. & Swanson, E. N. (2012): Prospective Follow-up of Girls with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder into Early Adulthood: Continuing Impairment Includes

Elevated Risk for Suicide Attempts and Self-Injury. *J Consult Clin Psychol*, 80(6): 1041-1051, doi: 10.1037/a0029451

Hoem, S. (2013): *Ung med ADHD*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Hulme, C., & Snowling, M. J. (2009): *Developmental disorders of language, learning and cognition*. Chichester: Wiley-Blackwell

Jackson, D. A. & King, A. R. (2004): Gender Differences in the Effects of Oppositional Behavior on Teacher Ratings of ADHD Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(2): 215-224,

Jensen, E. (2011): *Kvinder med ADHD*. I Thomsen, P. H. & Damm, D. (Red): *Et liv i kaos. Om voksne med ADHD* (2. Utgave). København: Hans Reitzels Forlag

Johnels, J. Å., Kopp, S. & Gillberg, C. (2012): Spelling Difficulties in School-Aged Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Behavioral, Psycholinguistic, Cognitive, and Graphomotor Correlates. *Journal of Learning Disabilities*, XX(X): 1-11, doi: 10.1177/0022219412467058

Johnson, N. G. (2003): On Treating Adolescent Girls: Focus on Strengths and Resiliency in Psychotherapy. *J Clin Psychol/In Session*, 59(11): 1193-1203

Kelley, S. D. M., English, W., Schwallie-Giddis, P. & Jones, L. M. (2007): Exemplary Counseling Strategies for Developmental Transitions of Young Women With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Counseling and Development*, 85: 173-181

Kleven, T. A. (2002a): *Hvilken kontekst er resultatene gyldig i? – Spørsmålet om ytre validitet*. I Kleven, T. A. (Red.): *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. Oslo: Unipub Forlag

Kleven, T. A. (2002b): *Data og datainnsamlingsmetoder*. I Kleven, T. A. (Red.): *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. Oslo: Unipub Forlag

Kopp, S., Kelly, K. B. & Gillberg, C. (2010): Girls With Social and/or Attention Deficits: A Descriptive Study of 100 Clinic Attenders. *Journal of Attention Disorders*, 14(2): 167-181, doi: 10.1177/1087054709332458

Lambek, R., Trillingsgaard, A., Kadesjö, B., Damm, D. & Thomsen, P. H. (2010): Gender differences on the Five to Fifteen questionnaire in a non-referred sample with inattention and hyperactivity-impulsivity and a clinic-referred sample with hyperkinetic disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51: 540-547, doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00825.x

Langlete, B. (2004): *Jenter med ADHD*. I Zeiner, I. P. (Red.): *Barn og unge med ADHD*. Vollen: Tell Forlag

Lillemoen, P. K. S., Kjosavik, S. R., Hunskaar, S. & Ruths, S. (2012): Føreskriving av legemiddel mot AD/HD 2004 – 08. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 132(16): 1856-1860, doi: 10.4045/tidsskr.11.1270

Lund, I. (2012): *Det stille atferdsproblemet. Innagerende atferd i barnehage og skole*. Bergen: Fagbokforlaget

Mahone, E. M. & Wodka, E. L. (2008): The neurobiological profile of Girls with ADHD. *Developmental disabilities research reviews*, 14(4): 276-284, doi: 10.1002/ddrr.41

Mick, E., Byrne, D., Fried, R., Monuteaux, M., Faraone, S. V. & Biederman, J. (2011): Predictors of ADHD Persistence in Girls at 5-Year Follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 15(3): 183-192, doi: 10.1177/1087054710362217

Midtlyng, E. (2008): Innsikt 2/2008: Ny innsikt om AD/HD og depresjon hos unge kvinner. *Innsikt*. Hentet fra <http://innsikt.org/index.asp?id=27392>

Midtlyng, E. (2013): DSM-5 og AD/HD: Små endringer – usikker effekt. *Innsikt*. Hentet fra <http://innsikt.org/index.asp?id=36092>

Moen, A. R. (2004): *Alternative skoletilbud*. I Zeiner, I. P. (Red.): *Barn og unge med ADHD*. Vollen: Tell Forlag

Moldavsky, M., Groenewald, C., Owen, V. & Sayal, K. (2013): Teachers' recognition of children with ADHD: role of subtype and gender. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(1): 18-23

Molina, B., Hinshaw, S., Swanson, J., Arnold, L., Vitiello, B., Jensen, P., Epstein, J., Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H., Elliott, G., Greenhill, L., Newcorn, J., Wells, K., Wigal, T., Gibbons, R., Hur, K., Houck, P. & The MTA Cooperative Group (2009): The MTA at 8 Years: Prospective Follow-up of Children Treated for Combined-Type ADHD in a Multisite Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 48(5): 484-500, doi: 10.1097/CHI.0b013e31819c23d0

Nadeau, K. G., Littman, E. B. & Quinn, P. O. (1999): *Understanding Girls with AD/HD*. Silver Spring, MD: Advantage Books

Nilsen, V. (2008): *Tiltaksmodeller med utgangspunkt i førstelinjetjeneste og andrelinjetjeneste*. I Haugen, R. (Red.): *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Nussbaum, N. L. (2012): ADHD and Female Specific Concerns: A Review of the Literature and Clinical Implications. *Journal of Attention Disorders*, 16(2): 87-100, doi: 10.1177/1087054711416909

Ogden, T. (2009): *Sosial kompetanse og problematferd i skolen* (2. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Peris, T. S. & Hinshaw, S. P. (2003): Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8): 1177-1190

Polanczyk, G., Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007): The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6): 942-948

Quinn, P. O. & Wigal, S. (2004): Perceptions of Girls and ADHD: Results From a National Survey. *Medscape General Medicine*, 6(2): 2

Quinn, P. O. (2005): Treating Adolescent Girls and Women With ADHD: Gender-Specific Issues. *J Clin Psychol*, 61(5): 579-587

Quinn, P. O. (2008): Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Its Comorbidities in Women and Girls: An Evolving Picture. *Current Psychiatry Reports*, 10(5): 419-423

Quinn, P. O. (2011): *Gender differences in ADHD*. I Buitelaar, J. K., Kan, C. C. & Asherson, P. (Red.): *ADHD in adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment*. Cambridge: University Press

Rucklidge, J. J. & Tannock, R. (2001): Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(5): 530-540

Rucklidge, J. J. (2010): Gender Differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 33(2): 357-373, doi: 10.1016/j.psc.2010.01.006

Salkind, N. J. (2011): *Statistics for People Who (Think They) Hate Statistics* (4. Edition). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.

Sciutto, M. J., Nolfi, C. J. & Bluhm, C. (2004): Effects of Child Gender and Symptom Type on Referrals for ADHD by Elementary School Teachers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(4): 247-253

Sharkey, L. & Fitzgerald, M. (2007): *Diagnosis and Classification of ADHD in Childhood*. I Fitzgerald, M., Bellgrove, M., Gill, M. (Red.): *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd

Silva, D., Colvin, L., Hagemann, E. & Bower, C. (2014): Environmental Risk Factors by Gender Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 133(1): 11-22, doi: 10.1542/peds.2013-1434

Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T. & Øie, M. (2013): ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13(298): 1-12, doi: 10.1186/1471-244X-13-298

Snildal, R. & Torgunrud, M. (2013): Fra kunnskap til handling: Et pilotprosjekt for lærere som underviser elever med ADHD. *Psykologi i kommunen*, 48(6): 5-13

Snow, C. E. & Sweet, A. P. (2003): *Reading for Comprehension*. I Sweet, A. P. & Snow, C. E. (Red.): *Rethinking Reading Comprehension*. New York: The Guilford Press

Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD*. Hentet 10. Mai 2014 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-adhd/Sider/default.aspx>

Surén, P., Bakken, I. J., Lie, K. K., Schjølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., Øyen, A. S., Svendsen, B. K., Aaberg, K. M., Andersen, G. L. & Stoltenberg, C. (2013): Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 133(18): 1929-1934, doi: 10.4045/tidsskr.13.0050

Tangen, E. R., Edvardsen, L. & Kaarstein, K. (2007): Skolekvalitet hos jenter med diagnosen ADHD. *Spesialpedagogikk*, 72(2): 4-14. Hentet fra <https://www.utdanningsforbundet.no/Fagtidsskrift/Spesialpedagogikk/Fagfellevurderte-artikler/022007/>

Taylor, E. W. & Keltner, N. L. (2002): Messy Purse Girls: Adult Females and ADHD. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(2): 69-72

Taylor, E., Sonuga-Barke, E. (2008): *Disorders of Attention and Activity*. I Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (Red.): *Rutter's Child and adolescence Psychiatry* (5. Edition). Oxford: Blackwell Publishing

Thomsen, P. H. (2007): *Det kliniske bilde*. I Thomsen, P. H. & Damm, D. (Red): *Et liv i kaos*. København: Hans Reitzels Forlag

Tveit, K. (2002): *Historisk forskningsmetode*. I Kleven, T. A. (Red.): *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. Oslo: Unipub Forlag

Utdanningsdirektoratet (2006): *Barn og unge med ADHD. AD / HD og lignende atferdsvansker – skoleperspektivet* (Statusrapport 7/4). Hentet fra <http://www.udir.no/Tilstand/Forskning/Rapporter/Utdanningsdirektoratet/Barn-og-unge-med-ADHD-/>

Vellutino, F. R. (2003): *Individual Differences as Sources of Variability in Reading Comprehension in Elementary School Children*. I Sweet, A. P. & Snow, C. E. (Red.): *Rethinking Reading Comprehension*. New York: The Guilford Press

Vogt, A. (2008): *Vurdering: Hvordan kartlegge når barn og unge antas å ha sosiale og emosjonelle vansker?* I Haugen, R. (Red.): *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Waite, R. (2007): Women and attention deficit disorders: A great burden overlooked. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(3): 116-125

Young, S., Chadwick, O., Heptinstall, E., Taylor, E. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2005): The adolescent outcome of hyperactive girls. Self-reported interpersonal relationships and coping mechanisms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(5): 245-253

Zeiner, P. (2004): *Historikk og diagnostiske betegnelser*. I Zeiner, I., P. (Red.): *Barn og unge med ADHD*. Vollen: Tell Forlag

Øgrim, G. (2004): *ADD: Oppmerksomhetsforstyrrelse uten hyperaktivitet – en undergruppe av AD/HD*. I Strand, I. G. (Red.): *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi- en grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg 1

DSM-IV diagnosekriterier for AD/HD

A) Enten (1) eller (2)

(1) Seks (eller flere) av følgende symptomer på oppmerksomhetssvikt har vedvart i minst seks måneder i en grad som er maladaptiv og ikke i overensstemmelse med utviklingsnivået:

Kriterier for oppmerksomhetssvikt:

- a) Svikter ofte på å være nøye med detaljer eller gjør slurvefeil i skolearbeidet, yrke eller andre aktiviteter
- b) Har ofte vansker med å holde på oppmerksomheten i oppgaver eller lek
- c) Synes ofte ikke å lytte når de tilsnakkes direkte
- d) Følger ofte ikke instruksjoner og mislykkes i å gjennomføre skolearbeid, husarbeid eller oppgaver på jobben (beror ikke på trass eller manglende misforståelse av instruksjoner)
- e) Har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter
- f) Unnviker ofte, misliker eller er uvillig til å utføre oppgaver som krever vedvarende psykisk anstrengelse (f.eks. skolearbeid eller oppgaver i hjemmet)
- g) Mister ofte ting som er nødvendige for oppgaver og aktiviteter (f.eks. leketøy, skoleoppgaver, blyanter eller verktøy)
- h) Blir ofte distraherert av tilfeldige stimuli
- i) Er ofte glemsk i dagliglivet

(2) Seks (eller flere) av følgende symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet har vedvart i minst seks måneder i en grad som er maladaptiv og ikke i overensstemmelse med utviklingsnivået:

Kriterier for hyperaktivitet:

- a) Har ofte vansker med å sitte stille eller å holde hendene eller føttene i ro

- b) Går ofte fra plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner der det ventes at man skal sitte i ro*
- c) Springer ofte omkring eller klatrer ekstra mye i situasjoner der det ikke passer (hos ungdom og voksne kan dette begrense seg til en subjektiv følelse av rastløshet)*
- d) Har ofte vansker med å leke eller gjøre fritidssysler på en rolig måte*
- e) Er som oftest "på farten" eller handler som "drevet av en motor"*
- f) Snakker ofte i et kjøp*

Kriterier for impulsivitet:

- g) Buser ofte ut med et svar før spørsmålene er ferdig stilt*
- h) Har ofte vansker med å vente på sin tur*
- i) Avbryter eller trenger seg ofte på andre (f.eks. buser inn i andres samtaler eller lek)*

B) Noen symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet eller oppmerksomhetssvikt som skaper funksjonssvikt, har vært tilstede før syvårs alder (endret til tolvårs alder, se avsnitt 3.2).

C) Nedsatt fungering på grunn av symptomene viser seg på to eller flere områder (f.eks. på skolen eller jobben og i hjemmet).

D) Det må foreligge klare holdepunkter for funksjonssvikt av klinisk betydning sosialt, i utdanning eller i yrke.

E) Symptomene forekommer ikke bare i forløpet av en gjennomgripende utviklingslidelse, schizofreni eller annen psykotisk lidelse, og blir ikke bedre forklart ved en annen psykisk lidelse (f.eks. stemningslidelse, angstlidelse, dissosiativ lidelser eller personlighetsforstyrrelse).

(Kriteriene er hentet fra Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 37-38)

Vedlegg 2

Begrepsforklaring av kartleggingsverktøy/måleinstrumenter og metodiske symboler

ACTeRS ADD-H *Comprehensive Teacher`s Rating Scale* (måler oppmerksomhet, hyperaktivitet, sosiale ferdigheter og opposisjon)

ADI-R *The Autism Diagnostic Interview – Revised*

ADOS-G *The Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic*

ASSQ *The Autism Spectrum Screening Questionnaire*

BASC *Behavior Assessment System for Children*

BRIEF *Behavior Rating Inventory of Executive Function*

CBCL *Child Behavior Checklist (ASEBA-foreldreskjema)*

CRS-R *Conners` Rating Scales-Revised* (finnes i ulike varianter)

d *Cohens d* (statistisk metode som måler effektstørrelse)

df *Degrees of freedom* (frihetsgrader)

ES *Effektstørrelse*

F *Tester gruppevarians opp mot en nullhypotese (brukes i ANOVA)*

GAF *The Global Assessment of Functioning Scale*

K-SADS-PL *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version*

n *Utvalgsstørrelse på enkeltgrupper*

N *Utvalgsstørrelse på det totale utvalget*

M *Gjennomsnittsmåling (sentraltendens)*

OCHSS *The Revised Ontario Child Health Study Scales*

p *Nivå på alfa*

r *Pearson korrelasjonsmåling*

RCMAS-2 *The Revised Children`s Manifest Anxiety Scale, second edition*

SD *Standardavvik (fra gjennomsnittet i en gruppe)*

SMFQ *The Short Mood and Feelings Questionnaire*

STAIC *The State-Trait Anxiety Inventory for Children*

t *Statistisk hypotesetest (tester om gjennomsnittsverdi er signifikant forskjellig fra en nullhypotese)*

TRF *Teacher Report Form (ASEBA-lærerskjema)*

WAIS/WISC/WPPSI *Testinstrument som måler evnenivå*

WRAT-III *Wide Range Achievement Test*

YSR *Youth Self-Report (ASEBA-selvurderingsskjema)*

Z *Forkortelse for z-skåre (beskriver skårens lokalisering i en spredning)*

5-15 *Nordisk skjema for utredning av barns utvikling og atferd*